

Gemmy Mildred Guarnizo Tole

Prevención de la mortalidad  
materna desde el ejercicio  
profesional de la enfermera:  
prácticas y experiencia vivida

Departamento  
Fisiatría y Enfermería

Director/es  
VICENTE RODRÍGUEZ, GERMÁN  
OLMEDILLAS FERNÁNDEZ, HUGO

<http://zaguan.unizar.es/collection/Tesis>



Reconocimiento – NoComercial – SinObraDerivada (by-nc-nd): No se permite un uso comercial de la obra original ni la generación de obras derivadas.

© Universidad de Zaragoza  
Servicio de Publicaciones

ISSN 2254-7606



**Universidad**  
Zaragoza

Tesis Doctoral

PREVENCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA  
DESDE EL EJERCICIO PROFESIONAL DE LA  
ENFERMERA: PRÁCTICAS Y EXPERIENCIA VIVIDA

Autor

Gemmy Mildred Guarnizo Tole

Director/es

VICENTE RODRÍGUEZ, GERMÁN  
OLMEDILLAS FERNÁNDEZ, HUGO

**UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA**

Fisiatría y Enfermería

2018





**Universidad**  
Zaragoza

**TESIS DOCTORAL 2018**

**PREVENCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA DESDE  
EL EJERCICIO PROFESIONAL DE LA ENFERMERA:  
PRÁCTICAS Y EXPERIENCIA VIVIDA**

**MILDRED GUARNIZO TOLE**

Programa de Doctorado en Ciencias de la Salud y del Deporte

Facultad de Ciencias de la Salud y del Deporte

Universidad de Zaragoza

España



## **TESIS DOCTORAL**

# **PREVENCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA DESDE EL EJERCICIO PROFESIONAL DE LA ENFERMERA: PRÁCTICAS Y EXPERIENCIA VIVIDA**

### **Autora**

Mildred Guarnizo Tole

### **Directores**

Vicente-Rodríguez, German

Olmedillas Fernández, Hugo

Programa de Doctorado en Ciencias de la Salud y del Deporte

Facultad de Ciencias de la Salud y del Deporte

Universidad de Zaragoza

España





*Dedicatoria*

*Dedico esta tesis doctoral a Dios el motor de mi vida,  
a mi madre María Edith,  
a mis hermanas Angela y Tatiana por su apoyo  
incondicional, y a los inolvidables  
Josías y Aarón.*



## ÍNDICE GENERAL

ÍNDICE DE TABLAS .....	8
ÍNDICE DE ANEXOS.....	9
LISTA DE ABREVIATURAS .....	10
ESTRUCTURA GENERAL DE LA TESIS DOCTORAL .....	11
1. RESUMEN GENERAL .....	13
2. INTRODUCCIÓN .....	17
2.1. Prioridad sociopolítica internacional y nacional .....	17
2.2. Formación profesional en enfermería.....	19
2.3. Enfoque de Curso de Vida .....	20
2.4. Referentes disciplinares.....	23
3. REVISIÓN DE LA LITERATURA .....	26
4. HIPÓTESIS.....	43
5. OBJETIVOS .....	44
6. MATERIAL Y MÉTODOS.....	45
6.1. Descripción del diseño .....	45
6.2. Riesgos del estudio.....	46
6.3. Muestra.....	49
6.4. Métodos de medida .....	50
6.5. Recolección de los datos .....	56
6.6. Plan de análisis de los datos .....	59
6.7. Proceso de triangulación de los datos.....	63
6.8. Fases del estudio.....	64
6.9. Consideraciones éticas .....	66
7. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	68
8. TRIANGULACIÓN DE LOS RESULTADOS .....	123
9. APORTACIONES DE LA TESIS DOCTORAL .....	127
10. CONCLUSIONES .....	129
11. LIMITACIONES .....	131
12. AGRADECIMIENTOS .....	133
13. BIBLIOGRAFÍA.....	134

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Ruta metodológica de construcción del cuestionario .....	51
Tabla 2. Estructura final del cuestionario.....	54
Tabla 3. Construcción de la guía orientadora en el estudio cualitativo .....	55
Tabla 4. Plan de análisis del diseño cuantitativo.....	60
Tabla 5. Plan de análisis del estudio cualitativo.....	62
Tabla 6. Descripción de las fases del proyecto y su integración metodológica .....	65

## ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento informado .....	142
Anexo 2. Aprobación del estudio .....	143
Anexo 3. Definición ética del estudio .....	144
Anexo 4. Aprobación Subred del Suroccidente. Hospital del Sur .....	145
Anexo 5. Aprobación Subred del Norte. Hospital Simón Bolívar .....	146
Anexo 6. Aprobación Subred del Norte. Hospital de Chapinero .....	147
Anexo 7. Artículo de la revisión sistemática.....	148
Anexo 8. Informe de lectura de Tesis Doctoral UEB.....	152
Anexo 9. Informe de lectura de Tesis Doctoral UFFS .....	153

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

- ACOFAEN** Asociación Nacional de Facultades de Enfermería
- ANEC** Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia
- CIE** Consejo Internacional de Enfermería
- EBE** Enfermería Basada en la Evidencia
- ESE** Empresa Social del Estado
- INS** Instituto Nacional de Salud
- MINSALUD** Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia
- MM** Mortalidad materna
- ODSM** Objetivos de Desarrollo Sostenible del Milenio
- OMS** Organización Mundial de la Salud
- ONU** Organización de Naciones Unidas
- OPS** Organización Panamericana de la Salud
- PMM** Prevención de la mortalidad materna
- PPMM** Prácticas de prevención de la mortalidad materna
- PROFAMILIA** Asociación Probienestar de la Familia, Colombia
- RMM** Razón de Mortalidad Materna
- SDS** Secretaría Distrital de Salud, Alcaldía Mayor de Bogotá, Colombia
- TF** Teoría fundamentada
- TMM** Tasa de mortalidad materna
- UNFPA** Fondo de Población de las Naciones Unidas
- UNICEF** Fondo de las Naciones Unidad para la Infancia

## ESTRUCTURA GENERAL DE LA TESIS DOCTORAL

La tesis doctoral está fundamentada en dos estudios generales sobre los cuales se desprenden los hallazgos. El primero, obedece a un estudio tipo revisión de la literatura con metodología de revisión sistemática; el segundo corresponde a uno de naturaleza mixta. La estructura de este informe se compone de cuatro artículos que en la actualidad están en proceso de publicación en revistas disciplinares e interdisciplinares que se encuentran posicionadas en el SCImago Journal & Country Rank. Las referencias bibliográficas de los artículos que componen el cuerpo de la tesis doctoral se detallan a continuación:

- Guarnizo-Tole, M., Olmedillas, H., Vicente-Rodríguez, G. Evidencia del aporte proporcionado desde el cuidado de enfermería a la salud materna: Revisión sistemática. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2018; 44(2): 347-360.
- Guarnizo-Tole, M., Olmedillas, H., Vicente-Rodríguez, G. Atención de enfermería a la mujer en edad fértil: prácticas para prevenir la mortalidad materna. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*. En revisión.
- Guarnizo-Tole, M., Olmedillas, H., Vicente-Rodríguez, G. Las enfermeras y la ejecución de prácticas que previenen la muerte materna: Comparación en tres hospitales. *Revista Matronas Profesión*. En revisión.
- Guarnizo-Tole, M., Olmedillas, H., Vicente-Rodríguez, G. Experiencia vivida por las enfermeras en torno a la prevención de la mortalidad materna. *Revista Índex de Enfermería*. En revisión.

## GENERAL STRUCTURE OF THE DOCTORAL THESIS

The doctoral thesis is based on two general studies, on which findings are derived. The first one is a type of literature review study with a systematic review methodology; the second one has to do with a mixed study. The structure of this report is composed by four articles that are under process of publishing in disciplinary and interdisciplinary journals; these journals are positioned in *SCImago* Journal & Country Rank. The articles' bibliographic references that support the body of the doctoral thesis are detailed bellow:

- Guarnizo-Tole, M., Olmedillas, H., Vicente-Rodríguez, G. Evidence of the contributions provided from nursing care to maternal health: Systematic review. *Cuban Journal of Public Health*. 2018; 44(2): 347-360.
- Guarnizo-Tole, M., Olmedillas, H., Vicente-Rodríguez, G. Nursing care to woman in fertile age: practices to prevent maternal mortality. *Cuban Journal of Obstetrics and Gynecology*. In review.
- Guarnizo-Tole, M., Olmedillas, H., Vicente-Rodríguez, G. The nurses and the execution of practices that prevent maternal mortality: Comparison in three hospitals. *Midwives Profession Journal*. In review.
- Guarnizo-Tole, M., Olmedillas, H., Vicente-Rodríguez, G. Experience lived by nurses about prevention of maternal mortality. *Index Journal of Nursing*. In review.



## 1. RESUMEN GENERAL

Esta tesis doctoral busca robustecer el conocimiento en el área, a través del análisis de las prácticas realizadas y la experiencia vivida en torno a la prevención de la mortalidad materna desde el ejercicio profesional de las enfermeras. Se desarrollaron dos estudios que abordaron este fenómeno, el primero correspondió a una revisión sistemática que detalló los niveles de evidencia y grados de recomendación del aporte hecho desde el cuidado de enfermería a la salud materna. El segundo describió, comparó e interpretó la problemática por medio de un diseño mixto efectuado en tres hospitales públicos de la ciudad de Bogotá, en este estudio participaron 60 enfermeros.

La revisión expuso que existe evidencia del aporte de la disciplina a la salud materna en el cuidado dado para el mantenimiento de la salud. Además, puntualizó en la importancia de fortalecer la formación académica en obstetricia y las repercusiones de la regulación en este campo de trabajo. En el análisis cualitativo, el modelo teórico explicativo se estructuró desde una categoría que fue denominada “*la gestión del cuidado*”. Los datos cuantitativos indicaron que la ejecución de prácticas que contribuyen a la prevención de la mortalidad materna (PPMM) es mayor cuando las enfermeras trabajan en el primer nivel de atención, tienen conocimientos actualizados, se articulan al equipo multidisciplinario y realizan gestión en torno al cuidado.

El proceso de triangulación de los datos determinó la existencia de similitudes, divergencias y conceptos emergentes como los cambios requeridos en la regulación de la disciplina, el reconocimiento social, el liderazgo, la polifuncionalidad, la identidad profesional, entre otros.

Se concluye que las enfermeras cuentan con la formación profesional para proporcionar cuidado a la mujer en edad fértil, sus prácticas tienen fundamentación científica que les da reconocimiento, sumado a que se requiere de un conjunto de condiciones que vigoricen su ejercicio en el área. La trayectoria de salud materna está acompañada de otras trayectorias como son la educativa, la familiar, la ciudadana e incluso las del contexto, porque es allí donde se encuentran los determinantes que definen la ocurrencia de una muerte materna. Se sugiere que los futuros estudios corroboren las relaciones existentes entre el aporte dado al

manejo de la mortalidad materna por parte de las enfermeras y las condiciones sociolaborales bajo las cuales se lleva a cabo.

**Palabras clave:** Enfermería, salud materna, gestión del cuidado, mortalidad materna, ciclo de vida.

## GENERAL SUMMARY

The doctoral thesis seeks to strengthen the maternal health field through the analysis of the executed practices and the experiences lived around the prevention of maternal mortality since the professional nursing praxis. It was developed two studies that covered this phenomenon, the first one was related to a systematic review, and it detailed the evidence levels and degrees of recommendation of the provided contributions carried out by nursing to maternal health. The second one described, compared, and interpreted the problem by means of a mixed design, which was done in three public hospitals in Bogotá city; in this study 60 nurses participated.

The review shows that exist evidence of the discipline's contributions to the maternal health in the care provided to maintain health. Moreover, it specified in the importance to boost the academic training in obstetrics and the repercussions of the regulation in this working field. The theoretical explicative model was built since a category named "*Care management*" in the qualitative analysis. The quantitative analysis denoted that the execution of practices that contribute to prevent maternal mortality (PPMM) is higher when nurses work in a first attention level, they have updated knowledge, they are assembled to a multidisciplinary team and they carry out a care's management development.

The data triangulation process determined the similarities, divergences and emerging concepts such as the changes required in the regulation of the discipline, the social appreciation, the leadership, the polyfunctionality, among others.

It was concluded that nurses have professional training to provide woman in childbearing age, their practices have scientific grounds, which gives them acknowledgement. Add to this, it is required a set of conditions to invigorate their exercise in the area. Maternal health's trajectory is companied by the educative, familiar, civic and even those trajectories that belong to the context. It is there where is found the determinants that define maternal mortality. It is suggested the future studies corroborate the existent relationships between the contributions to maternal mortality given by nurses and the working conditions under are accomplished.

**Keywords:** Nursing, maternal health, care management, maternal mortality, life course.

## 2. INTRODUCCIÓN

La presente tesis doctoral contribuye a fortalecer el cuerpo de conocimientos de la disciplina de enfermería en relación al cuidado de la mujer en edad fértil, es un insumo que de forma detallada aporta al futuro de la salud y a la prevención de la morbilidad materna. La integralidad del cuidado hace posible que las enfermeras puedan estar presentes desde los espacios inmersos en la atención de la mujer, la pareja y el grupo familiar con respecto a su salud sexual y reproductiva.

En ese orden de ideas fueron tomados como conceptos integradores al estudio, la prioridad sociopolítica internacional y nacional que reglamenta el manejo de este fenómeno, la formación profesional de enfermería en el área y el enfoque de curso de vida. Los referentes disciplinares establecidos fueron la enfermería, la prevención de la mortalidad materna (PMM), las prácticas de prevención de la mortalidad materna (PPMM), el ejercicio profesional y la experiencia vivida.

### 2.1. Prioridad sociopolítica internacional y nacional

Desde el año 1945, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) promulgó su compromiso de trabajar en pos de la igualdad para las mujeres, a partir de ese momento se han celebrado cuatro conferencias internacionales de la mujer (la I se celebró en Ciudad de México en 1975, la II Conferencia mundial del decenio para la mujer ocurrió en Copenhague en 1980, la III conferencia fue celebrada en Nairobi en 1985, la IV se desarrolló en Beijing en 1995), que son mencionadas porque dejaron evidente que las funciones productivas y reproductivas de la mujer estaban coartadas por las condiciones políticas, económicas, sociales, culturales, jurídicas, educacionales y religiosas.<sup>1</sup> De allí la importancia de implementar medidas que busquen la mejora de la atención en salud, la erradicación de todos los tipos de violencia contra la mujer y la protección estatal, entre otros. En los años 2000, 2005, 2010 y 2015 la ONU ha verificado el alcance de las estrategias acordadas en los escenarios anteriormente mencionados, observando que aún resta mucho por hacer.

En el contexto nacional, Colombia tiene trazadas iniciativas desde los Objetivos de Desarrollo Sostenible del Milenio (ODSM), es decir que para dar acatamiento a los compromisos derivados del tercer ODSM “Mejorar la Salud Materna” el país planeó hasta el año 2030 las siguientes metas: <sup>2</sup>

- Reducir la razón de mortalidad materna (RMM) a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos.
- Poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años.
- Garantizar el acceso universal a servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos la planificación familiar, la información, la educación y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales.

Actualmente, el marco normativo que respalda la PMM es denso y destaca la Constitución Política de Colombia, la Norma Técnica para la Detección Temprana de las Alteraciones del Embarazo, la Atención del Parto, la Planificación Familiar a Hombres y Mujeres, el Manejo de Enfermedades de Interés en Salud Pública, el Plan Decenal de Salud Pública; la Política de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos, el Protocolo y Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual, la Sentencia de Despenalización Parcial del Aborto. Las Guías de Práctica Clínica para la Prevención, la Detección Temprana y el Tratamiento de las Complicaciones del Embarazo, Parto o Puerperio. El Protocolo de Vigilancia de la Mortalidad y Morbilidad Materna Extrema, los Lineamientos Técnicos y Operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la salud, y de la Ruta Integral de Atención en Salud para Población Materna Perinatal, entre otros.

A nivel distrital, en Bogotá existe la plataforma normativa que da cuenta sobre la atención proporcionada a la mujer en edad fértil, y que se encuentra sujeta al Plan Territorial de Salud, el Plan de Gobierno, las Guías de Atención para el Control Prenatal, la Hemorragia Posparto, la Consulta Preconcepcional, el Curso de Preparación para la Maternidad y la Paternidad, los Trastornos Hipertensivos del Embarazo, y otros.

Sin embargo, el análisis de la situación de salud 2016 <sup>3</sup> elaborado por el Ministerio de Salud y de la Protección Social (MINSALUD) expuso que los resultados esperados en el área no son los más alentadores. Al mismo tiempo, refirió que la panorámica de la RMM no

se ha modificado de forma sustancial porque pese a contar con todo el marco normativo en Colombia el 60% de la muerte materna (MM) se agrupa en el 50% de la población más vulnerable.

La enfermería en atención al marco político y en coherencia a la práctica disciplinar ha realizado aportes en el área, entre algunos de ellos se destaca la elaboración de las primeras Guías de Cuidado de Enfermería Basadas en la Evidencia (EBE) que abarcan la orientación preconcepcional, <sup>4</sup> el control prenatal, <sup>5</sup> la detección del riesgo psicosocial, <sup>6</sup> el trabajo de parto y el parto, <sup>7</sup> el periodo posparto, <sup>8</sup> la adaptación canguro <sup>9</sup> y los Protocolos para la Atención de Enfermería a la Salud Sexual y Reproductiva de la Mujer que incluyen: el cuidado de la mujer en edad fértil, mujer gestante, mujer en trabajo de parto, parto y en el puerperio. <sup>10</sup>

La prevención de la mortalidad materna es un fenómeno que ha sido explorado, abordado e interpretado desde diferentes organizaciones nacionales e internacionales (ONU, OMS, OPS, UNICEF, UNFPA, PROFAMILIA, MINSALUD y SDS, entre otros); por lo tanto, hoy es posible afirmar que su manejo invita a un esfuerzo multidisciplinar que trascienda las barreras hospitalarias <sup>11</sup> y haga participe a cada uno de los integrantes del equipo de salud. La evidencia muestra que muchas de estas muertes se pueden prevenir si se cuenta con los mecanismos indicados entre los que se destacan las políticas gubernamentales acordes a la problemática, el recurso humano capacitado, <sup>12</sup> la inclusión de la comunidad, la concepción integral de la salud materna, y otros. <sup>13, 14</sup>

## **2.2. Formación profesional en enfermería**

Los procesos educativos formales de enfermería en Colombia datan del año 1903, cuando se inician los primeros cursos en esta área en el Hospital de Santa Clara por parte del Dr. Rafael Calvo en la ciudad de Cartagena. Con respecto a la formación específica otorgada a este recurso humano para proporcionar cuidado a la mujer, la literatura describe que como consecuencia de la Ley 39 de 1920, se fundó la Escuela de Comadronas y Enfermeras adscrita Facultad de Medicina de la Universidad Nacional liderada por el Dr. Rafael Barben, <sup>15</sup> por

esta misma época el Hospital Santa Clara de Cartagena inauguró la Escuela de Enfermeras y Parteras.

En 1937 la Universidad Nacional, dictó el acuerdo N°5 que reorganizó la Escuela de Comadronas y Enfermeras del Hospital San Juan de Dios, modificó su nombre por el de Escuela Nacional de Enfermeras que posteriormente sería la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia. Para el año de 1948, inició labores la Escuela de Auxiliares de Enfermeras Parteras, que en la década de los 50 sería denominada como Escuela de Auxiliares de Enfermería General y de Obstetricia.

A mediados de los años 60, la Universidad del Valle comenzó a ofertar un posgrado en Enfermería Materno infantil. Sobre los años 70, se abrieron programas de especialización clínica en el área de materno infantil, que a la postre se denominarían Maestría en Enfermería con énfasis en cuidado materno perinatal y la Especialización en perinatología; la última modificó su título a Especialista en enfermería materno perinatal con apoyo familiar. Esta gama de posgrados refleja la intención de la disciplina en profundizar su práctica y conocimiento específico sobre el cuidado materno.<sup>16</sup> Con la sanción de la Resolución 412 de 2000, la atención del parto fue trasladada al personal médico, pero por la realidad en salud del país se proyecta el retorno de esta competencia profesional a las enfermeras en la próxima actualización de la normativa, y por ende el incremento de programas (posgrados y educación continuada) formativos en este campo.

### **2.3. Enfoque de Curso de Vida**

Sobre la evolución del enfoque del curso de vida sobresale que surgió como respuesta a la dinámica que tiene un individuo a través de su vida, y a la par de los cambios<sup>17,18</sup> de diversa índole que van aconteciendo. Los orígenes de este enfoque datan de la primera década del siglo XXI, periodo en el cual empezó a gozar de gran representatividad de la mano del sociólogo Glen Elder.<sup>17</sup> Para este estudio, el enfoque de curso de vida fue definido como el desarrollo humano que alcanza una mujer, en el cual los resultados en salud son el producto de la constante interacción de factores acontecidos o experiencias acumulativas dadas a lo largo de la vida, y que se encuentran influenciadas por quienes están más cerca. Entre ellos



se detallan la familia, la sociedad, la cultura, el ambiente, la educación, el género, el trabajo, los proveedores en salud y otros presentes en un determinado tiempo.

Es entendible que proporcionar atención oportuna en cada generación incidirá de forma positiva en las posteriores porque de esta manera se obtienen mayores beneficios en la salud.<sup>19,20</sup> Dando continuidad a este tópico, podemos comprender que los elementos conceptuales tomados como referente en el curso de vida exponen una aproximación integral al desarrollo de la salud, representado en etapas de máxima importancia como lo son, la preconcepción, la gestación, la infancia, la adolescencia, la juventud, la madurez y la vejez. Resalta que la atención dada a la mujer a partir de este enfoque permite la detección de factores protectores o de riesgo a la luz de los determinantes sociales.

Los ejes organizadores o conceptos del curso de vida “trayectoria, transición y momentos significativos” están presentes en el marco de cinco principios orientadores que son llamados, el desarrollo a lo largo del tiempo, el tiempo y lugar, el evento “timing”, las vidas interconectadas “linked lives” y el libre albedrío “agency”.

La trayectoria está relacionada con el recorrido que realiza la mujer por los diversos roles presentes a lo largo de su vida, sin que impliquen una determinada secuencia de eventos. En otros términos, la suma de sus trayectorias vitales y la interrelación que tiene con otras personas, con la familia e incluso los colectivos es lo que denominamos el curso de vida.<sup>21</sup>

La transición corresponde a las situaciones que ocurren en la vida de un individuo en determinado momento de su trayectoria, es importante aclarar que las transiciones no siempre son esperadas y requieren de procesos de afrontamiento al cambio. Además, la ocurrencia de estos episodios puede llegar a repetirse ante transformaciones radicales (nacimiento prematuro, aborto), afectando de manera directa las trayectorias vitales del individuo<sup>21</sup> (repercusiones del nacimiento prematuro en la infancia y adolescencia). Las transiciones siempre estarán presentes en la trayectoria de vida de la mujer y pueden caracterizarse según la ocurrencia, duración, secuencia y periodicidad.

Los momentos significativos o sucesos vitales están unidos a las oportunidades de desarrollo de las personas<sup>22</sup> y son catalogados como las situaciones acordes o no acordes que modifican sustancialmente el curso de vida de la mujer (muerte perinatal u otros). Los significados en torno a este tipo de experiencias o impacto de las transiciones “timing”, tienen

representaciones únicas y dependen de las características de la temporalidad en la cual ocurrieron los hechos <sup>19,21</sup> (redes de apoyo, historia de vida, tipo de contexto, forma de afrontamiento y toma de decisiones).

Por su parte, la ventana de oportunidad ha sido definida como los momentos del curso de la vida que se dan bajo un contexto y circunstancias determinadas, en las que las personas puedan generar, desarrollar e implementar un conglomerado de respuestas que terminaran por expresar las “características, conductas, habilidades o capacidades que repercuten en los resultados en salud y en las etapas futuras de su desarrollo”. <sup>19</sup>

Los efectos acumulativos se orientan hacia las experiencias que aportan a la ganancia en la vida de una persona con respecto a la madurez y a las nuevas posibilidades, o por el contrario pueden generar un declive o deterioro alrededor de las capacidades y actitudes que se produzcan. Por consiguiente, se pretende tener logros a partir de las pérdidas, ejercitarse para madurar y poder dar continuidad a la siguiente etapa, otorgando el valor a este asunto como un proceso acumulativo. <sup>19</sup>

Para sintetizar, llama la atención que la implementación de estudios enmarcados en el enfoque del curso de vida constituye un lenguaje renovador para la documentación de la atención proporcionada por las enfermeras a la mujer en edad fértil, a fin de proveer una amplia gama de posibilidades ajenas a los modelos tradicionales y hace más factible su comprensión e intervención. Es decir, aportan a la elaboración de políticas a cerca del fenómeno, en el sentido que exponen el tipo de relaciones establecidas entre la mujer, el sistema de salud y estas profesionales sanitarias.

La adecuada atención en salud sexual y reproductiva es uno de los pilares a fortificar para disminuir la morbimortalidad materna y perinatal, el bajo peso al nacer y la prematurez, y otros, a través del cuidado prenatal oportuno, constante y proporcionado por recurso humano capacitado. Es por esto y demás motivos que, durante la trayectoria de salud de la vida fértil de la mujer, las enfermeras asesoran, acompañan, educan y orientan estas intervenciones. <sup>4</sup>

## 2.4. Referentes disciplinares

Para el desarrollo del estudio fue elaborada la definición conceptual de los términos centrales, algunos de ellos incluyen la definición operacional y/o conceptual atendiendo a los objetivos del estudio.

*La enfermería* está catalogada como una “profesión liberal y una disciplina de carácter social, cuyos sujetos de atención son la persona, la familia y la comunidad; su ejercicio profesional tiene como propósito general promover la salud, prevenir la enfermedad, intervenir en el tratamiento, la rehabilitación, la recuperación de la salud, el alivio del dolor, entre otras”.<sup>23</sup> La Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>24</sup> menciona que “la enfermería abarca la atención autónoma y en colaboración dispensada a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o no, y en todas circunstancias. Comprende la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención dispensada a enfermos, discapacitados y personas en situación terminal”.

*La PMM en el marco del enfoque del ciclo de vida*, busca cubrir las medidas destinadas no solamente a evitar la aparición de la enfermedad como lo es la reducción de los factores de riesgo, sino también a contener su progreso y mitigar sus efectos una vez instituida;<sup>25</sup> y acoge en el contexto del continuo de vida, el aprecio por todas las dimensiones de la vida con la finalidad de contribuir al establecimiento de procesos de cuidado que repercutan de forma directa a nivel individual, familiar y social. Es decir, la realización de prácticas preventivas por parte de las enfermeras busca identificar, comprender, aportar y potencializar los aspectos positivos de la trayectoria, la transición, los sucesos vitales, el desarrollo de capacidades y de la evolución como persona que tiene la mujer con respecto a su salud. *Definición operacional:* Medida por el instrumento PRACEPMME1 constituido por 24 ítems, y por la interpretación dada a la experiencia vivida por las enfermeras sobre esta problemática.

*Las PPMM*, hacen referencia a las actividades o intervenciones desarrolladas en el ejercicio profesional que están respaldadas de sólidos conocimientos y que se elaboran, mantienen o replantean de acuerdo a las necesidades que tenga la mujer en edad fértil con la

finalidad de disminuir riesgos potenciales sobre su salud.<sup>25, 26</sup> Al interior de la práctica se ejecutan intervenciones de enfermería independientes, interdependientes y dependientes<sup>27</sup> que crean procesos de diferenciación alrededor del perfil profesional y del trabajo en equipo entre los profesionales que integran la atención en salud.<sup>28</sup> Como principios de la práctica disciplinar se establecen los siguientes valores fundamentales: integralidad, individualidad, dialogicidad, calidad, y continuidad.<sup>23</sup> *Definición operacional:* El instrumento PRACEPMME1 contiene 24 PPMM distribuidos en 4 módulos.

*El ejercicio profesional* es considerado como “toda actividad técnica o científica y su consiguiente responsabilidad sea realizada en forma pública o privada, libremente o en relación de dependencia y que reuniera la capacitación que otorga el título proporcionado por universidades oficiales o privadas reconocidas por el estado..., dentro del marco de sus incumbencias, fijadas por autoridad nacional competente”.<sup>29</sup> Para el caso de Colombia es la Ley 266 de 1996<sup>23</sup> quien define el ejercicio profesional de las enfermeras, menciona que “la práctica se ejerce dentro de una dinámica interdisciplinaria, multiprofesional y trasdisciplinaria, aporta al trabajo sectorial e intersectorial sus conocimientos y habilidades adquiridas durante su formación universitaria y actualizados mediante la experiencia, la investigación y la educación continua”. Igualmente, involucra las “condiciones y/o los requisitos básicos indispensables de personal, infraestructura física, dotación, procedimientos técnicos-administrativos, registros para el sistema de información, transporte, comunicaciones, auditoría de servicios y medidas de seguridad que le permiten a la profesional de enfermería actuar con autonomía, calidad e independencia y sin los cuales no podrá dar garantía del acto de cuidado de enfermería”.<sup>30</sup>

*La experiencia vivida* para este estudio hace mención al conocer, sentir y/o presenciar algún hecho o situación; a la vez es considerada una forma de conocimiento que emerge de observaciones, vivencias y participaciones. En el ejercicio profesional las prácticas repetitivas y prolongadas de las enfermeras generan nuevos conocimientos y perfeccionan los ya existentes, permitiendo además que la experiencia sea interpretada como el punto de partida del proceso cognoscitivo.<sup>31</sup> Partiendo de los tópicos indicados, este

término es tomado como constitutivo porque estructura un conjunto de condiciones que incentivan la apertura a otro mundo y a la realización de nuevas experiencias.<sup>32</sup>

### 3. REVISIÓN DE LA LITERATURA

#### **Evidencia del aporte proporcionado desde el cuidado de enfermería a la salud materna: Revisión sistemática**

#### **RESUMEN**

**Introducción:** La enfermera es esencial en la detección temprana de riesgos que pueden llegar a comprometer la vida de la mujer.

**Objetivo:** Determinar la evidencia del aporte proporcionado desde el cuidado de enfermería a la salud materna.

**Fuente de datos:** Se revisaron las bases de datos PubMed, Science Direct y Scielo entre los años 2010-2016. Se realizó, además rastreo manual de estudios en revistas indexadas que no estaban integradas a las fuentes mencionadas. Se encontraron 110 artículos y se seleccionaron 20 que cumplieran con los criterios de inclusión establecidos.

**Síntesis de los datos:** Se identificaron tres áreas temáticas: I. Los beneficios en la salud de la mujer con el cuidado de enfermería, II. La relevancia de fortalecer la formación relacionada con la atención materna y III. Los efectos de la regulación en el ejercicio profesional. En ellas se destaca la educación y asistencia prenatal en la adolescente embarazada y las visitas domiciliarias a las mujeres con riesgo antenatal. Se enfatiza en la necesidad de robustecer las competencias relacionadas con el parto y las dirigidas al entendimiento de la cultura de la mujer gestante así como la permanencia de las enfermeras en su área de trabajo para proporcionar un cuidado de calidad a las madres y la necesidad de regular su carga de trabajo.

**Conclusiones:** Desde la enfermería se genera evidencia para el manejo de la salud materna. Es indiscutible que el cuidado especializado incide de forma positiva en la disminución de la mortalidad materna en los diversos contextos de la práctica laboral.

**Palabras clave:** Mortalidad materna, enfermería, salud materna.

## **Evidence of contributions provided from nursing care to maternal health: Systematic review**

### **ABSTRACT**

**Introduction:** Nurses are essential in the early detection of risks which can affect women's life.

**Objective:** To determine the evidence of the given contribution from the nursing care to maternal health.

**Data source:** PubMed, Science Direct and Scielo data bases were reviewed from 2010 to 2016. In addition, it was done manual searching of studies of indexed magazines that were not integrated to the above mentioned sources. 110 articles were found and 20 articles that fulfilled the established inclusion criteria were selected.

**Data synthesis:** Three thematic areas were identified: I. Benefits of woman's health with nursing care, II. The relevance of strengthening the training related to maternal health, III. The effect of regulation on the professional practice. In these areas are highlighted the education and the prenatal care in the pregnant adolescent, and the home visit to the women with antenatal risk. It emphasizes the need to foster the competences which has to do with the birth aimed to understand the culture of the pregnant woman; and the continuance of the nurses in their working area to provide a qualified care to the mothers, and the need to regulate their work burden.

**Conclusions:** Nursing generates evidence to the management of maternal health. It is undeniable that the specialized care influences in a positive way in the decrease of maternal mortality in the different contexts of the professional practice.

**Keywords:** Maternal mortality, nursing, maternal health.

## INTRODUCCIÓN

La atención materna de calidad representa un compromiso mundial que busca optimizar las condiciones de vida de las mujeres. El embarazo, parto y posparto son periodos caracterizados por múltiples cambios físicos y psicosociales, que de no ser positivos pueden generar diversas morbilidades que constituyen una amenaza directa para la vida de la mujer y su futuro hijo. <sup>1</sup> En el tercer Objetivo de Desarrollo Sostenible del Milenio se proyectó como prioridades a nivel mundial la reducción de la mortalidad materna a menos de 70 por 100.000 nacidos vivos, junto con el acceso universal a la salud sexual y reproductiva para el año 2030. Pese a esto, 830 mujeres mueren cada día debido a complicaciones acontecidas durante el embarazo y posparto, lo que ha suscitado que este fenómeno sea catalogado como una problemática de salud pública y la primera causa de muerte en las mujeres en edad reproductiva. <sup>2</sup>

Los países pobres o en vía de desarrollo son los que registran una razón de mortalidad materna (RMM) mayor (239 por 100.000 nacidos vivos), que contrasta con la de los países prósperos (12 por 100.000 nacidos vivos). Aproximadamente, el 28% de las defunciones maternas es ocasionada por afecciones preexistentes principalmente, (la diabetes, el paludismo, la infección por el VIH y la obesidad), hemorragia posparto 27%, hipertensión gestacional 14%, infecciones 11%, parto obstruido y otras causas directas 9%, abortos complicados 8% y embolias 3%; estas condiciones se encuentran estrechamente vinculadas con la pobreza, la falta de información, la distancia de los servicios de salud, la inadecuada atención, entre otras. <sup>1</sup>

La prevención de la mortalidad materna exige un esfuerzo organizado en la cual se impulse la participación de los proveedores en salud, la comunidad y los entes gubernamentales. Por tal razón, es preciso identificar la evidencia existente sobre el aporte dado desde el cuidado de enfermería a la salud materna, ya que es la enfermera quien en su normal desempeño está presente en diversos escenarios de la práctica asistencial <sup>3</sup> (programas de control prenatal, parto, planificación familiar y otros) donde puede intervenir y obtener resultados positivos en salud. <sup>4</sup> Teniendo en cuenta el compromiso histórico que la enfermería ha tenido alrededor del cuidado materno y de los datos epidemiológicos presentados



anteriormente, se considera que esta revisión sistemática de la literatura contribuirá a robustecer los conocimientos relacionados con este aspecto, de ahí que su objetivo es determinar la evidencia del aporte proporcionado desde el cuidado de enfermería a la salud materna.

## **FUENTE DE DATOS**

El proceso de construcción de la revisión sistemática abarcó tres fases: identificación y proyección, elegibilidad e inclusión, y validación.

### **Identificación y proyección**

Durante esta fase se realizó la búsqueda bibliográfica de artículos científicos publicados en las bases de datos PubMed, Science Direct y Scielo entre los años 2010-2016. Otra estrategia efectuada fue el rastreo manual de estudios en revistas indexadas que no estaban integradas a las fuentes mencionadas. Se consideró este periodo de tiempo porque expuso la mayor cantidad de investigaciones realizadas en torno al tema de estudio. Para la consulta de las bases de datos se implementaron los descriptores del Medical Subject Headings (MeCs) y los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) con los términos mortalidad materna, enfermería y salud materna, combinados con los operadores booleanos "AND" y "OR". El total de artículos encontrados en las tres bases de datos fue de 110 (fig. 1).

### **Elegibilidad e inclusión**

En la fase de elegibilidad fueron preseleccionados 38 artículos por tres revisores que cotejaron de forma rigurosa cada uno de ellos, mediante la lectura de la información expuesta en el título, resumen y la verificaron de cumplimiento de los criterios de inclusión, que para esta revisión hicieron referencia a:

- Artículos originales y resúmenes publicados en los idiomas español, inglés y portugués.

- Los resultados de los estudios debían estar relacionados con el abordaje que hace la enfermería alrededor de la salud y morbilidad materna.

En total 18 artículos se excluyeron por no cumplir los requisitos establecidos y 20 se incluyeron. Con la información dispuesta se procedió a la construcción de una matriz de caracterización de los estudios teniendo en cuenta el diseño, muestra, herramientas de recolección de datos, procedencia demográfica, implicaciones para la práctica de enfermería y el establecimiento de las limitaciones (ver tabla 1). Para evaluar la calidad científica de las publicaciones incluidas en la revisión se emplearon las listas de verificación de Strobe, CASPe, Guba y Lincoln, solo se eligieron los artículos que presentaron un percentil superior a 75 en las escalas de puntuación utilizadas según la metodología referida en las publicaciones.

### **Validación**

En la fase de validación se asignó el nivel de evidencia y el grado de recomendación a los hallazgos descritos en los artículos. Para los estudios cuantitativos se implementó la escala de Medicina Basada en la Evidencia (*Centre for Evidence-Based Medicine, Oxford* OCEBM), <sup>5</sup> mientras que en los estudios cualitativos se empleó la *Clasificación de Evidencias Cualitativas de Gálvez Toro* <sup>6</sup> por medio de la cual se determinó el alcance y clasificación de los resultados atendiendo a su utilidad. En los estudios mixtos cada diseño fue evaluado por separado.

### **SÍNTESIS DE LOS DATOS**

Mediante la revisión realizada fue posible establecer la presencia de tres temas emergentes asociados al fenómeno abordado, el primero resalta que el cuidado de enfermería conlleva a la recuperación y mantenimiento de la salud, el segundo devela que la formación actual en enfermería ostenta una serie de necesidades y tendencias en torno al cuidado materno, y el tercero menciona los efectos que trae sobre esta disciplina la regulación de su ejercicio profesional.

## **El cuidado de enfermería: Recuperación y mantenimiento de la salud**

Ocho de los estudios determinaron que la atención otorgada por las enfermeras a la madre y al recién nacido durante el pre-parto, parto y posparto reduce las molestias de estos periodos <sup>7</sup> al satisfacer las necesidades físicas y psicosociales, <sup>8</sup> y generar una sensación de seguridad que contribuye a la recuperación; se agrega a lo descrito el fomento del acompañamiento del padre y la familia en este proceso. <sup>9</sup> En Etiopía, Shiferaw y otros, <sup>10</sup> establecieron en un estudio en el que participaron 909 mujeres, que la atención prenatal por personal cualificado puede prevenir hasta el 75% o más de las muertes maternas. Souza y otros, <sup>11</sup> analizaron las causas de 72 defunciones adolescentes asociadas al embarazo, parto y posparto entre los años 1994 y 2005, concluyen que el 67% correspondían a muertes directas y que el cuidado prenatal era una estrategia imprescindible para la preservación de la vida en esta etapa.

Colmenares y otros, <sup>12</sup> encuentran una relación significativa entre la función educativa que tiene la enfermera durante la asistencia prenatal y el conocimiento de la adolescente embarazada acerca de los riesgos fisiológicos, y que el cuidado de enfermería se aprecia mejor cuando sus procesos se efectúan desde una perspectiva de humanización. <sup>9</sup> Se suma a esta temática la evidencia presente alrededor de las visitas domiciliarias que son efectuadas por la enfermera perinatal a las mujeres con riesgo antenatal, y como sus intervenciones contrarrestan la posibilidad de presentar otras complicaciones. <sup>13</sup>

## **Formación en enfermería**

Con respecto a la formación dada en enfermería, trece de los estudios revisados indican que es esencial robustecer las competencias relacionadas con la atención prenatal, <sup>8</sup> el parto <sup>14</sup> y las direccionadas al entendimiento de la cultura de la mujer gestante; este último aspecto es fundamental porque un inadecuado abordaje puede acrecentar la tasa de partos no institucionalizados. <sup>10</sup> En este sentido, se insta a que la enfermera propicie la participación social de las personas en su cultura y en toda actividad relacionada con la salud <sup>15</sup> a través del suministro de información y educación de calidad a la familia <sup>16,17</sup> para con ello generar la construcción de prácticas de autocuidado e individualización de las señales de alarma. <sup>18</sup>

La evidencia describe que los programas de enfermería deben modificar los estándares establecidos para la práctica.<sup>7,18</sup> Un autor encuentra que el 80% de sus recién graduados manifestaron requerir de algún tipo de supervisión, mientras que el 5,1% considera que la práctica formativa puede ser más extensa,<sup>19</sup> y es de vital importancia que la enfermera tenga acceso a escenarios reales de aprendizaje<sup>7</sup> en especial al de la partería,<sup>14,18,20</sup> puesto que este tipo de entrenamiento incrementa sus conocimientos, habilidades y con ello la posibilidad de vida de las madres.<sup>21-24</sup> Por lo tanto, los programas académicos en enfermería existentes en las regiones más afectadas por esta problemática podrían extender la capacitación en el área de su recurso humano, como respuesta a las necesidades de inasistencia en salud, en especial en el cuidado prenatal.<sup>25</sup>

### **Regulación del ejercicio profesional**

La regulación que se ha creado en relación a este campo de desempeño laboral en la enfermería difiere en la gran mayoría de los contextos internacionales explorados en los estudios incluidos en la revisión. Es notable en cinco de ellos que las políticas elaboradas en este marco han incidido en la pérdida de habilidades profesionales, en particular las vinculadas a la atención del parto porque su práctica es limitada. No obstante, este tipo de situaciones deja abiertas áreas de oportunidad para la atención de la mujer gestante por parte de la enfermera.<sup>18</sup> Díaz García y otros,<sup>7</sup> mencionan que estas profesionales tienen las capacidades cognitivas, psicomotoras e interpersonales para proporcionar un cuidado de calidad a las madres, pero no se encuentran ejerciendo en su área porque son ubicadas en otros servicios según la necesidad de las instituciones.<sup>26</sup> Igualmente, la regulación de la jornada laboral continúa siendo deficiente en algunos países debido a la escasez de personal, lo que produce un incremento en la carga de trabajo.<sup>24</sup>

Existen limitaciones en la ejecución de competencias específicas de las enfermeras en la sala de partos; un estudio observacional concluyó que solo el 22% de estas son realizadas, y es el periodo expulsivo el de mayor participación, seguido respectivamente por el trabajo de parto y el alumbramiento (24,2%; 23,8%; 20,8%).<sup>7</sup> Un comportamiento similar lo exhibe la posibilidad de prescripción y disponibilidad de algunos medicamentos considerados cruciales en el manejo de las emergencias obstétricas;<sup>24</sup> como lo muestra un

estudio llevado a cabo en 37 países encuestados de los cuales 33 contaban de forma permanente con la oxitocina, mientras que solo 10 tenían disponible el misoprostol, estos dos medicamentos son catalogados como esenciales para la prevención y el control de la hemorragia posparto.<sup>27</sup>

Dando secuencia al objetivo del trabajo se presenta a continuación la evidencia disponible en los estudios cuantitativos (tabla 2) y cualitativos (tabla 3) incluidos en la revisión, sobre el aporte proporcionado por la disciplina de enfermería a la salud materna teniendo en cuenta los hallazgos anteriormente expuestos.

## COMENTARIOS FINALES

La revisión exhibe que la enfermería ha construido evidencia en torno a su contribución a la salud materna<sup>7,9,11</sup> pero la actual subutilización laboral de estas profesionales en algunas regiones deja abiertas brechas que acrecientan las dificultades en la atención.<sup>18</sup> Es necesario que los gobiernos de los países que tienen las RMM más elevadas de mortalidad materna revisen sus políticas sanitarias y educativas en lo concerniente a la regulación de esta profesión, puesto que sin la existencia de un soporte legal que respalde su práctica, no será posible que la enfermera forme parte integral del equipo de salud y pueda ejercer de forma autónoma la esencia de su labor “*el cuidado*”, objeto para el cual fue formada.

Es prioritario realizar estudios enfocados en conocer las motivaciones existentes en el trabajo que desarrollan estas profesionales en dichos servicios, ya que los hallazgos encontrados en diversos estudios<sup>7,10,24</sup> hacen referencia a la falta de incentivos y a las precarias condiciones laborales que deben sobrellevar. Es apremiante continuar con la identificación de las dificultades presentes en torno a la formación profesional en enfermería, y a la vez establecer planes de manejo que permitan a los futuros graduados realizar su labor con mayor autonomía y reconocimiento.<sup>28</sup> Ninguno de los estudios analizados describió la formación en este campo a nivel de pregrado como completa,<sup>18,28</sup> lo que reafirma la

necesidad de generar un entrenamiento especializado en el área <sup>10</sup> para afianzar las competencias clínicas. <sup>21</sup>

Por otra parte, es significativo señalar que los aportes identificados en los estudios no hacen mención exclusiva a la ejecución de intervenciones que promuevan un bienestar físico. La salud mental, el cuidado espiritual e incluso la comprensión de la cultura se refirieron como aspectos de suma trascendencia durante la atención materna; <sup>7,17</sup> sin embargo, un estudio sugirió la necesidad de incrementar el apoyo psicoafectivo que la enfermera entrega a la mujer y a su grupo familiar en el posparto. <sup>16</sup> Cabe resaltar que la estrategia dominante en el ejercicio de la disciplina alrededor de cuidado materno perinatal, hace referencia a la educación impartida por la enfermera a la familia gestante en los momentos de atención. <sup>25</sup>

Se recomienda una cooperación activa desde los diferentes entes sociales, <sup>23</sup> porque la pluralidad de estrategias que contrarrestan la problemática de la mortalidad materna precisa de una visión integral que provea las herramientas apropiadas para el restablecimiento del bienestar de la mujer. Por último, conviene visibilizar un mayor nivel de evidencia en las intervenciones ejecutadas en la práctica de esta disciplina. <sup>29</sup>

Las limitaciones de esta revisión sistemática tienen relación con la regulación dada a la atención materna en contextos internacionales, se encontraron diferentes denominaciones y campo de acción alrededor de este recurso humano, lo que impidió la comparación. Solo fueron elegidos los estudios que describían la participación de la enfermera obstetra, enfermera matrona o enfermera, los artículos que hicieron referencia a parteras profesionales o matronas no enfermeras se excluyeron. La metodología predominante en los estudios fue de tipo descriptiva cuantitativa o cualitativa, no permitiendo analizar los resultados desde otras perspectivas, como son los diseños experimentales, entre otros. Adicional a lo anterior y a través de la búsqueda realizada se observó un vacío en el conocimiento científico en torno a la existencia de instrumentos de clasificación de evidencia para las investigaciones cualitativas, pese a que se resalta su importancia en la comprensión de diversos fenómenos sociales, son pocas las escalas encontradas en la literatura para tal fin.

La mayor relación de estudios citados en esta revisión es originaria de países latinoamericanos 40%, que puede ser una respuesta a la necesidad imperante de mejorar las

condiciones de salud materna en algunas de sus regiones. Otros estudios encontrados provienen de África 25%, Asia 20%, Norteamérica 10%, solo uno de los estudios 5% tuvo la participación de 37 países. La evidencia encontrada destaca que aquellas enfermeras formadas o entrenadas de forma específica en el área, desarrollan una tarea más eficaz al interior de los programas direccionados a contrarrestar la morbilidad y mortalidad materna. Queda por recalcar que es útil diversificar los diseños de los estudios realizados en enfermería, con la finalidad de incrementar la evidencia y recomendación de las intervenciones que se ejecutan en su práctica.

Es imprescindible reforzar la regulación profesional de la disciplina en este ámbito, que amplificaría las oportunidades de atención de la población materna en las diferentes dimensiones de la vida (física, psicológica, social, cultural, espiritual y otras) desde los ámbitos de labor de la enfermería (clínicos y comunitarios).

Se concluye que desde la enfermería se ha generado evidencia para el manejo de la salud materna, no obstante, es necesario robustecer la investigación bajo otros diseños como los experimentales porque afianzan el nivel de evidencia y grado de recomendación de sus intervenciones. Es indiscutible que el cuidado especializado promueve la salud e incide de forma positiva en la disminución de la mortalidad materna en los diversos contextos de la práctica laboral.

### **Conflicto de intereses**

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés para este estudio.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

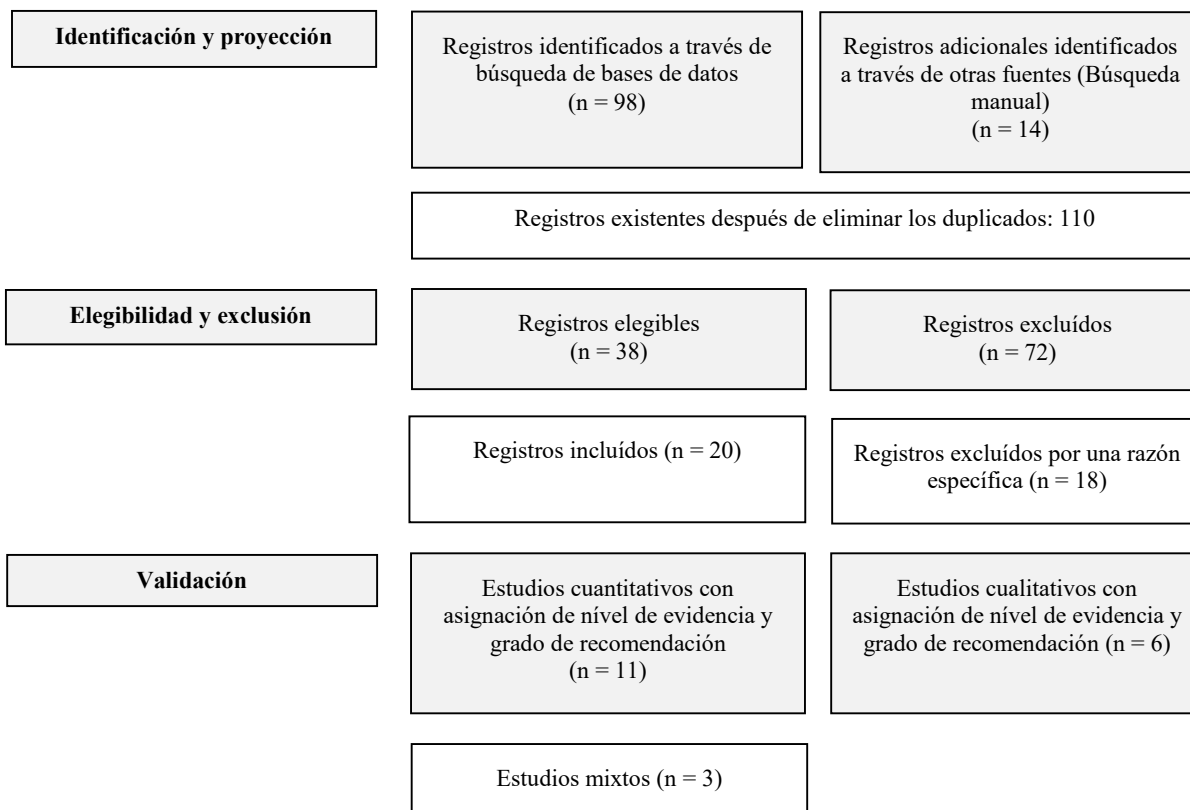
1. Mortalidad materna, nota descriptiva. Ginebra: OMS; 2016. Acceso: 26/12/2016. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>
2. Objetivos de Desarrollo Sostenible del Milenio 2015. Objetivo 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades. Ginebra: OMS; 2015. Acceso: 26/12/2016. Disponible en: <http://www.who.int/topics/sustainable-development-goals/targets/es/>
3. Ceballos Vásquez PA. Desde los ámbitos de enfermería, analizando el cuidado humanizado. *Cienc Enfermer.* 2010; 16(1): 31-5. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532010000100004>
4. Gallardo AI. Evolution of nursing knowledge. *Medwave.* 2011(04):e5001. doi: 10.5867/medwave.2011.04.5001
5. Levels of Evidence. Oxford: Centre for Evidence-Based Medicine (OCEBM); 2011. Access: 2016/12/26. Available at: <http://www.cebm.net/oxford-centre-evidence-based-medicine-levels-evidence-march-2009/>
6. Gálvez Toro A. *Enfermería Basada en la Evidencia. Cómo incorporar la investigación a la práctica de los cuidados.* Granada: Fundación Index; 2007.
7. Díaz García S, Zavala Suárez E, Ramírez Hernández C. Evaluación de las competencias en enfermería como reflejo de calidad y seguridad en la mujer embarazada. *Rev CONAMED.* 2015; 18(3): 104-10.
8. Henrique Duarte SJ, Villela Mamede M. Actions performed by the nursing team in prenatal care at primary health care setting, Cuiabá, Brazil. *Cienc Enfermer.* 2013; 19(1):117-129. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532013000100011>
9. Álvarez-Franco C. Cómo describen el cuidado de enfermería las mujeres que presentaron hemorragia postparto. *Aquichan.* 2013; 13(1): 17-26.
10. Shiferaw S, Spigt M, Godefrooij M, Melkamu Y, Tekie M. Why do women prefer home births in Ethiopia? *BMC Pregnan Childbirth.* 2013; 13:5. <http://doi:10.1186/1471-2393-13-5>



11. Souza ML, Burgardt D, Peregrino Ferreira L A, Camargo Bub MB, Monticelli M, Lentz HE. Girls from Santa Catarina: losing your life to become a mother. *Rev Esc Enferm USP*, 2010; 44(2): 317-22.
12. Colmenares Z, Montero L, Reina R, González Z. Intervención de enfermería durante la clínica prenatal y conocimiento sobre riesgos fisiológicos de la adolescente embarazada. *Enferm Global*. 2010; 18: 1-10. Acceso: 06/02/2017. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n18/clinica4.pdf>
13. Bloch JR, Zupan S, McKeever AE, Barkin JL. Perinatal nurse home visiting referral patterns among women with diabetes and hypertension in Philadelphia. *J Obstet Gynecol Neonatal Nur*. 2016; 46(1), 29-39.
14. Narchi NZ. Exercise of essential competencies for midwifery care by nurses in São Paulo, Brazil. *Midwifery*. 2011; 27(1): 23-9.
15. Atkinson LD, Peden-McAlpine C. Advancing Adolescent Maternal Development: A Grounded Theory. *J Pediatric Nur*. 2014; 29(2): 168-76.
16. Salonen AH, Oommen H, Kaunonen M. Primiparous and multiparous mothers' perceptions of social support from nursing professionals in postnatal wards. *Midwifery*. 2014; 30 (4):476-485. <http://doi:10.1016/j.midw.2013.05.010>
17. Carvalheira APP, Tonete Vera LP, Parada CMGL. Feelings and Perceptions of Women in the Pregnancy-Puerperal Cycle Who Survived Severe Maternal Morbidity. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2010; 18(6): 1187-94.
18. Sharma B, Johansson E, Prakasamma M, Mavalankar D, Christensson K. Midwifery scope of practice among staff nurses: A grounded theory study in Gujarat, India. *Midwifery*. 2013; 29(6): 628-36.
19. Moores A, Puawe P, Buasi N, West F, Samor MK, Joseph N, et al. Education, employment and practice: Midwifery graduates in Papua New Guinea. *Midwifery*. 2016; 41, 22-9.
20. Narchi NZ, Cruz EF, Gonçalves R. The role of midwives and nurse-midwives in promoting safe motherhood in Brazil. *Ciência Saúde Coletiv*. 2013; 18(4): 1059-68.

21. Sunghee K, Gisoo S. Effects of nursing process-based simulation for maternal child emergency nursing care on knowledge, attitude, and skills in clinical nurses. *Nur Educat Today*. 2016; 37: 59-65. <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2015.11.016>
22. Kerr NL, Hauswald M, Tamrakar SR, Wachter DA, Baty GM. An inexpensive device to treat postpartum hemorrhage: a preliminary proof of concept study of health provider opinion and training in Nepal. *BMC Pregnan Childbirth*. 2014; 14:81. <http://doi.org/10.1186/1471-2393-14-81>
23. Bogren MU, Van Teijlingen E, Berg M, 2013. Where midwives are not yet recognized: a feasibility study of professional midwives in Nepal. *Midwifery*. 2013; 29 (10):1103-9.
24. Mselle LT, Moland KM, Mvungi A, Evjen-Olsen B, Kohi TW. Why give birth in health facility? users and providers accounts of poor quality of birth care in Tanzania. *BMC Health Ser Res*. 2013; 13(1): 174.25.
25. Sakeah E, McCloskey L, Bernstein J, Yeboah-Antwi K, Mills S, Doctor H V. Can community health officer-midwives effectively integrate skilled birth attendance in the community-based health planning and services program in rural Ghana? *Reproduct Health*. 2014; 11, 90. <http://doi.org/10.1186/1742-4755-11-90>
26. Walker D, DeMaría L, Gonzalez-Hernandez D, Padron-Salas A, Romero-Alvarez M, Suarez L. Are all skilled birth attendants created equal? A cluster randomised controlled study of non-physician based obstetric care in primary health care clinics in Mexico. *Midwifery*. 2013; 29(10): 1199-205.
27. Smith JM, Currie S, Cannon T, Armbruster D, Perri J. Are national policies and programs for prevention and management of postpartum hemorrhage and preeclampsia adequate? A key informant survey in 37 countries. *Global Health Sci Pract*. 2014; 2(3): 275-84. <http://doi.org/10.9745/GHSP-D-14-00034>
28. Adegoke AA, Mani S, Abubakar A, Van den Broek N. Capacity building of skilled birth attendants: A review of pre-service education curricula. *Midwifery*, 2013; 29(7): 64-72.
29. Martínez Trujillo N. enfermería en la cobertura universal en salud: nuevos términos, viejas acciones. *Rev Cubana de Salud Pública*. 2015; 41 (supl): 69-79.

**Figura 1.** Diagrama de proceso de la revisión sistemática



**Tabla 1.** Caracterización de los estudios incluidos

Nº	Autores	Método	Muestra	Recolección de la información	País
1	Alvarez-Franco (2013)	Cualitativo	8 mujeres	Entrevista en profundidad	Colombia
2	Atkinson et al. (2014)	Cualitativo	30 enfermeras	Entrevista semiestructurada	USA
3	Bloch et al. (2016)	Cuantitativo	595 gestantes	Base de datos	USA
4	Bogren et al. (2013)*	Mixto	21 grupos	Revisión de políticas, entrevistas y observaciones	Nepal
5	Carvalho (2010)	Cualitativo	16 mujeres	Entrevista semiestructurada	Brasil
6	Colmenares et al. (2010)	Correlacional	16 enfermeras y 41 adolescentes embarazadas	Encuesta	Venezuela
7	Díaz García et al. (2013)	Descriptivo cuantitativo	6 enfermeras	Encuesta	México
8	Henrique Duarte et al. (2013)	Descriptivo Cuantitativo	182 enfermeras	Observación no participante Lista de chequeo	Brasil
9	Kerr et al. (2014)	Cuantitativo	58 enfermeras y parteras iniciaron, terminaron 50	Encuesta	Nepal
10	Mselle et al. (2013)	Cualitativo	2 grupos focales: (16 pacientes, 5 enfermeras parteras, 6 esposos de las pacientes, 6 miembros de la comunidades)	Entrevista semiestructurada	Tanzania
11	Moore et al. (2016)	Mixto	394 parteras y enfermeras	Encuesta y grupos focales	Papua Nueva Guinea
12	Narchi (2011)	Descriptivo cuantitativo	59 unidades básicas de salud y 6 hospitales: (n=272) enfermeras y/o parteras	Cuestionario	Brasil
13	Salonen et al. (2014)	Correlacional	1300 mujeres	Encuesta	Finlandia
14	Sakeah et al. (2014)	Cualitativo	41 profesionales de la salud y actores comunitarios	Entrevista en profundidad	Ghana
15	Sharma et al. (2013)	Cualitativo	28 proveedores de servicios de maternidad	Entrevista en profundidad y observaciones no estructuradas	India
16	Shiferaw et al. (2013)	Mixto	909 mujeres (15-49 años). 23 trabajadores comunitarios, voluntarios de salud, parteras, enfermeras, oficiales de salud.	Encuesta, entrevista en profundidad y grupos focales	Etiopía
17	Smith et al. (2014)	Descriptivo cuantitativo	37 equipos de programas nacionales	Encuesta	37 países
18	Souza et al. (2010)	Cuantitativo exploratorio	72 defunciones de gestantes adolescentes	Data base	Brasil
19	Sunghie (2016)	Ensayo clínico	49 enfermeras, 25 grupos experimentales, 24 grupos de control	Evaluación	Korea del Sur
20	Walker et al. (2013)	Ensayo clínico	4 enfermeras obstetras 8 parteras profesionales, asignadas al azar a 12 clínicas en dos estados con elevada mortalidad materna. 15 clínicas fueron sitios de control.	Evaluación y entrevistas	México

**Tabla 2.** Niveles de evidencia y grados de recomendación de los estudios cuantitativos

Nº	Autores	Eje central del estudio	Niveles de evidencia	Grado de recomendación
1	Bloch et al. (2016)	Visita domiciliaria por enfermeras perinatales a gestantes hipertensas y diabéticas.	2c	B
2	Bogren et al. (2013)*	Formación en la atención del parto calificado en el marco de los estándares globales de competencias.	2c	B
3	Colmenares et al. (2010)	Cuidado de enfermería durante la clínica prenatal a la gestante adolescente.	2c	B
4	Díaz García et al. (2013)	Competencias de la enfermera obstétrica en la sala de partos.	4	C
5	Henrique Duarte et al. (2013)	Requerimiento para la implementación de protocolos guía en la consulta de control prenatal realizada por enfermería.	2c	B
6	Kerr et al. (2014)	Entrenamiento en el uso de dispositivos tecnológicos para el manejo de la hemorragia posparto.	2a	B
7	Moore et al. (2016)*	Duración del tiempo de la formación en partería / Calidad de la práctica en la atención del parto calificado.	2c	B
8	Narchi (2011)	Integración de la atención proporcionada por la enfermera y la partera / Fortalecimiento de las políticas de la partería.	2c	B
9	Salonen et al. (2014)	Apoyo social a la madre en el posparto.	2c	B
10	Shiferaw et al. (2013)*	Fortalecimiento en la atención del parto calificado y culturalmente competente.	2c	B
11	Smith et al. (2014)	Pertinencia de las políticas relacionadas con la prevención y tratamiento de la hemorragia posparto y preeclampsia.	2c	B
12	Souza et al. (2010)	Vinculación del cuidado de enfermería a las estrategias de promoción de la salud.	4	C
13	Sunghee (2016)	Entrenamiento en emergencias materno infantiles desde los ambientes de simulación.	1b	A
14	Walker et al. (2013)	Inclusión de enfermeras obstétricas para proporcionar atención materna en zonas rurales.	1c	A

\* Estudios mixtos.

*Fuente:* Niveles de evidencia y grados de recomendación Centre for Evidence-Based Medicine, Oxford (OCEBM).

**Tabla 3.** Niveles de evidencia y grados de recomendación de los estudios cualitativos

Nº	Autores	Eje central del estudio	Alcance de los hallazgos	Utilidad*				Descripción	Toma de decisiones
				A	$\beta$	$\delta$	$\Omega$		
1	Álvarez-Franco (2013)	Cuidado de enfermería a la mujer que presento hemorragia posparto.	2	+				El hallazgo es útil para resolver el problema	Seguir la recomendación
2	Atkinson et al. (2014)	Contribución a la resolución de problemas en el embarazo adolescente desde el apoyo social y de enfermería.	3		+			El hallazgo orienta la resolución del problema	Tener en cuenta como una alternativa útil
3	Bogren et al. (2013)*	Formación en la atención del parto calificado en el marco de estándares globales de competencias.	2	+				El hallazgo es útil para resolver el problema	Seguir la recomendación
4	Carvalhoira (2010)	Conocimiento de las necesidades de las mujeres con morbosidades graves en el embarazo.	2		+			El hallazgo orienta la resolución del problema	Tener en cuenta como una alternativa útil
5	Moore et al. (2016)**	Duración del tiempo de la formación en partería / Calidad de la práctica en la atención del parto calificado.	2	+				El hallazgo es útil para resolver el problema	Seguir la recomendación
6	Mselle et al. (2013)	Condiciones laborales de las enfermeras y sus implicaciones en la atención materna.	3		+			El hallazgo orienta la resolución del problema	Tener en cuenta como una alternativa útil
7	Sakeah et al. (2014)	Atención prenatal y del parto por personal calificado en zonas rurales.	2	+				El hallazgo es útil para resolver el problema	Seguir la recomendación
8	Sharma et al. (2013)	Fortalecimiento de la regulación y formación en partería por enfermería.	3		+			El hallazgo orienta la resolución del problema	Tener en cuenta como una alternativa útil
9	Shiferaw et al. (2013)**	Fortalecimiento en la atención del parto calificado y culturalmente competente.	2		+			El hallazgo orienta la resolución del problema	Tener en cuenta como una alternativa útil

No se reportaron estudios con un nivel 1 y 4 (hallazgos más útiles y menos útiles). Ninguno de los estudios fue considerado de poca utilidad. Las muestras nunca estuvieron conformadas por un único participante.

\* Las antiguas denominaciones al nivel de utilidad eran A, B, C y D respectivamente. \*\*Estudios mixtos.

Fuente: Adaptado de Gálvez Toro A. Nursing Based on Evidence.

#### 4. HIPÓTESIS

La hipótesis manejada para este estudio <sup>33, 34</sup> fue la siguiente.

La ejecución de las prácticas de prevención de la mortalidad materna, efectuadas por las enfermeras durante la atención proporcionada a la mujer en edad fértil, está determinada por el nivel de conocimientos, la gestión y la fundamentación normativa, el trabajo multidisciplinario y la educación continuada, que ésta profesional de la salud tiene en esta área específica.

## **5. OBJETIVOS**

### **Objetivo general**

Analizar las prácticas realizadas y la experiencia vivida en relación a la prevención de la mortalidad materna desde el ejercicio profesional de la enfermera, en tres instituciones de salud de la ciudad de Bogotá D.C., Colombia durante el periodo 2015-2016.

### **Objetivos específicos**

#### **ESTUDIO I**

- Determinar la evidencia del aporte proporcionado desde el cuidado de enfermería a la salud materna a través de la revisión sistemática de la literatura.

#### **ESTUDIO II**

- Describir las prácticas realizadas en relación a la prevención de la mortalidad materna desde el ejercicio profesional de la enfermera.

#### **ESTUDIO III**

- Comparar la ejecución de prácticas que realizan las enfermeras para prevenir la muerte materna, en tres instituciones de salud.

#### **ESTUDIO IV**

- Interpretar la experiencia vivida de prevenir la muerte materna desde el ejercicio profesional de la enfermera.



## 6. MATERIAL Y MÉTODOS

### 6.1. Descripción del diseño

#### Modelo de estudio

El estudio corresponde a un diseño tipo mixto, esta clase de estudios registra amplia importancia debido a que tanto el método cuantitativo como cualitativo presentan limitaciones en su alcance. La implementación de uno de ellos no explica por sí solo un hecho en particular.<sup>35,36</sup> Del mismo modo, la integración metodológica y analítica aquí realizada buscó ampliar en mayor profundidad la comprensión de un problema de salud pública. Adicionalmente, se recomienda para los estudios que toman como referente teórico el curso de la vida, abordar el problema desde un diseño mixto con la finalidad de tener una visión completa del evento.<sup>37</sup>

Con respecto al diseño cuantitativo se menciona que es de tipo descriptivo y comparativo, y permitió el acercamiento, caracterización e identificación de posibles asociaciones existentes en torno a las PPM. <sup>37</sup> Sobre los beneficios del diseño se expresa que posibilitará la generación de hipótesis como base para la producción de otros estudios como lo son, los factores asociados, casos y controles, cohortes o experimentales.<sup>38</sup>

El estudio cualitativo es de tipo interpretativo soportado en la Teoría Fundamentada (TF) de Corbin y Strauss<sup>39</sup> que emana del interaccionismo simbólico<sup>39,40</sup> que, para este estudio está dado en el significado de la experiencia vivida por las enfermeras alrededor de la PMM, esto visto desde la interacción social que esta profesional establece con la mujer y el ambiente que la rodea. A partir de este diseño se pudo indagar, comprender y generar nueva teoría sustantiva y formal,<sup>41</sup> ya que su naturaleza interpretativa acrecienta la generación y el desarrollo teórico en este campo específico de conocimiento.<sup>39,42</sup> Para llevar a cabo el estudio desde este diseño teórico se requirió contar con los momentos propios de la TF que según Vivar y colaboradores<sup>40</sup> contemplan “la generación de teoría y el enfoque inductivo, el muestreo teórico y la saturación teórica, el método comparativo constante, los memos y la sensibilidad teórica”.

## 6.2. Riesgos del estudio

Como todos los estudios sea cual sea su diseño metodológico se deben identificar una serie de factores que pueden alterar en algún momento el proceso de investigación. Teniendo en cuenta que este estudio es de naturaleza mixta se presentan por separado los aspectos que fueron contemplados para mantener el mayor rigor metodológico posible.

### Validez en el estudio cuantitativo

Para garantizar el control de posibles factores que pudieran intervenir en la validez del estudio y de los resultados, se formalizó el manejo de sesgos en correspondencia de lo propuesto por Hernández-Avila et al <sup>43</sup> que citan como la validez del diseño implica el manejo de las condiciones internas y externas. Para apoyar la validez interna se proyectaron y ejecutaron las siguientes acciones.

#### *En el momento de la selección*

- Se controló mediante la verificación del cumplimiento de los criterios de inclusión y exclusión de las participantes.
- Explicación y solicitud de la investigadora a las potenciales participantes sobre la inclusión en el estudio.
- El diligenciamiento del consentimiento informado mostró la voluntariedad de la participación de las enfermeras.

#### *En la calidad de la información, hizo referencia a la omisión de resultados no deseados o inesperados.*

- Para esta investigación se intervino mediante el manejo debido y planeado de la información durante su recolección, análisis y posterior redacción de los resultados.
- Validación de cuestionario (validez facial, de contenido y consistencia interna) y mejora de la guía orientadora para la entrevista semiestructurada.
- Elaboración de definiciones conceptuales como representación e interpretación operativa de las variables.
- Para evitar sesgos la investigadora primero realizó el análisis cualitativo de los datos.

- Consultoría a experto durante la ejecución de cada fase del estudio.

*En el momento de la medición, las estrategias ejecutadas fueron:*

- Se operacionalizaron las variables de interés del estudio.
- Explicación de la investigadora a las participantes sobre el correcto diligenciamiento del cuestionario y la metodología implementada en la entrevista.
- Recolección de la información desarrollada desde el ambiente natural del sitio de trabajo.
- No se presentaron datos perdidos porque la investigadora en el momento de la medición, cotejó la consignación de la información en su totalidad.

*Validez externa*, hizo acotación a la extensión y a la forma en la cual los resultados del estudio pueden ser extrapolados a diferentes grupos. Por lo tanto, para nuevas averiguaciones ha de tenerse como referentes la naturaleza de su diseño, el objetivo general y específicos, la pregunta de investigación, las características definitorias de las participantes (recurso humano e instituciones).

#### Validez en el método cualitativo

Para proporcionar el debido rigor metodológico al enfoque cualitativo y disminuir al máximo la subjetividad que pudiera llegarse a presentar, fueron tomados como referentes de validez y confiabilidad los criterios expuestos por Guba y Lincoln<sup>44</sup> los cuales se describen a continuación.

*La credibilidad*, para su alcance fue indispensable que la investigadora retornará a las participantes durante los momentos de recolección de la información, esto con el propósito de que ellas conocieran algunos de los análisis realizados a las transcripciones de las entrevistas y de esta forma corroborar que se estuviera efectuando una interpretación real a su experiencia,<sup>45,46</sup> este asunto implicó:

- La transcripción textual de las entrevistas que respaldaron las interpretaciones dichas por las enfermeras. Los análisis de las entrevistas culminadas se llevaban a cabo previa obtención de la siguiente entrevista; en conjunto con esta actividad, fueron usados los siguientes símbolos de transcripción de información.

... silencios, [ ] interrupciones, (00) números en paréntesis indican tiempo de silencio, \_\_\_ persona con algún tipo de estrés, JJJ las palabras en mayúscula se refieren al ruido ambiental, (risas) risas de los participantes.

- Triangulación metodológica y de resultados.
- Elaboración y uso de las notas de campo.
- Participación de expertos en las discusiones generadas durante la interpretación de los datos (cuando fue necesario).
- El comportamiento de la investigadora principal debía acogerse a la guía orientadora, y aunque se consideró una participante más, su presencia en el ambiente estuvo sujeta al establecimiento del contacto, agendamiento del encuentro y ejecución de las entrevistas.
- Para disminuir el nivel de inferencia en el momento del proceso de codificación se elaboraron códigos, categorías y subcategorías lo más cercano posible a la realidad.<sup>47</sup>

*La transferibilidad*, se vislumbró en la posibilidad de poder extender estos resultados a contextos similares a los contemplados en este estudio<sup>44</sup> para ello se tuvo como mecanismo de control lo siguiente:

- Se dio una descripción detallada de las características sociodemográficas de los participantes, contextualización del fenómeno y del método implementado para detallar la pertenencia y adecuación de los hallazgos a entornos ajenos.
- Las tres instituciones de salud participantes son públicas y pertenecen a la misma red hospitalaria de Bogotá.
- Orientación y lectura de un experto internacional en el momento del análisis de los datos desde cada uno de los diseños establecidos, y durante la triangulación metodológica y de resultados.

*La dependencia*, se garantizó por medio de la observación de cada uno de las participantes desde su ambiente natural (tiempo, lugar y contexto) y a través del intercambio de juicios con otros expertos<sup>47</sup> (un asesor metodológico y otro temático). De forma agregada el instrumento diseñado para la recolección de información fue revisado y ajustado por profesionales idóneos en el tema.

*La confirmabilidad*, la objetividad fue un concepto tenido en cuenta y llevado a cabo de forma paralela <sup>47</sup> durante el progreso del estudio, por eso se buscó captar la realidad del fenómeno sin ningún tipo de prejuicio para con ello generar datos objetivos, apreciaciones y conceptos teóricos de forma neutral. Guba & Lincoln, <sup>44</sup> se refieren a este criterio como “la habilidad de otro investigador de seguir la pista o la ruta de lo que el investigador original ha hecho” y encontrar los mismos hallazgos. La objetividad implicó la documentación de las decisiones tomadas durante el desarrollo del estudio, esta actividad sirvió para que los expertos examinaran los datos y pudieran establecer juicios o conclusiones con cierto grado de similitud. Las estrategias contempladas se enuncian a continuación:

- Se grabó en audio cada una de las entrevistas.
- Se realizó una caracterización sociodemográfica de las participantes y del proceso de selección.
- Se realizó un análisis en profundidad de las entrevistas dadas por las participantes.
- Fue descrito e interpretado el contexto del estudio.

### **6.3. Muestra**

Se detalla que la muestra de este estudio se conformó de individuos con características similares a partir de los cuales la investigadora describe los hallazgos. <sup>48</sup> Desde el inicio se proyectó la participación de las enfermeras que laboraban en los servicios de interés de las instituciones incluidas en el estudio (Ginecología, sala de partos y consulta externa).

En el estudio cuantitativo la muestra contó con la participación de 60 enfermeras de tres instituciones de salud de la ciudad de Bogotá (Colombia). En el diseño cualitativo el muestreo teórico inicio con la identificación de las participantes y se llevó a cabo en la medida que el estudio avanzó, permitiendo que el marco muestral estuviera sujeto al desarrollo de las diferentes categorías identificadas y a la teoría emergente. <sup>49</sup> En otras palabras, involucró un proceso de recogida de los datos que produjo teoría en la medida en que estos fueron recopilándose, en el proceso de codificación y en el momento del análisis

de los resultados. La saturación teórica de los datos se dio en el instante en el que no emergieron nuevas categorías o teoría, que ocurrió en la entrevista (n=27). Participaron 24 mujeres y 3 hombres.

### **Criterios de inclusión**

- Tener un tiempo de estar trabajando en el servicio mayor a tres meses.
- Trabajar en áreas y servicios relacionados con la atención materna perinatal, y en salud sexual y reproductiva.
- Manifiestar la intención voluntaria de participar en la investigación mediante la firma del consentimiento informado.
- Entrevistas realizadas bajo las mismas condiciones ambientales.

### **Criterios de exclusión**

- Negación de participación en el estudio.
- Cuestionario de datos cuantitativos diligenciados de forma incompleta.
- Entrevistas que impidieron la saturación individual de la información (múltiples interrupciones por el medio laboral, respuestas cortas y/o incompletas).

## **6.4. Métodos de medida**

A continuación se describe el proceso de construcción de los instrumentos implementados por los dos diseños.

### **Cuestionario**

Previa construcción del test a utilizar se realizó una revisión de la literatura científica, a partir de la cual se pudo detallar la evidencia cuantitativa dada por la disciplina sobre el fenómeno abordado. Sin embargo, ésta búsqueda concluyó en que no se encontraba disponible un único test que abarcara las PPM, motivo por el cual la investigadora inicio la construcción de un cuestionario que facilitará esta labor.

Para Morales Vallejo, <sup>50</sup> un cuestionario es una lista de preguntas que se proponen con cualquier fin, en este tipo de instrumentos las opciones de respuesta se analizan y ejecutan de forma independiente. Además para este estudio cada ítem debía proveer diferente información pero siempre dentro del contexto de atención abarcado, por esta causa se buscó que la propuesta de ítem elaborada fuera lógica y preguntará lo que se buscaba conocer, y sus respuestas se dieran por separado. La ruta metodológica de construcción del cuestionario se puede observar en la tabla 1.

**Tabla 1.** Ruta metodológica de construcción del cuestionario

<b>Método</b>	<b>Respuesta</b>
<b>1</b> <b>Revisión de la literatura</b>	Identificación de posibles cuestionarios o escalas relacionados con el propósito del estudio. Establecimiento de las potenciales categorías temáticas que se relacionaran y abarcaran el fenómeno de estudio. El nombre otorgado al cuestionario fue PRACEPMME1.
<b>2</b> <b>Establecimiento de variables a medir</b>	Se acordó con las dos expertas participantes las variables a medir de acuerdo a lo encontrado en la literatura, a los conocimientos y experiencia profesional en el área.
<b>3</b> <b>El anonimato y la confidencialidad</b>	El instrumento contó con un espacio que permitió asignar un código a cada una de las participantes, el cual no tuvo relación alguna con la institución con la que tenía la relación contractual.
<b>4</b> <b>Establecimiento del tipo de preguntas</b>	Preguntas sociodemográficas y laborales. Proyección de los ítems para la medición.
<b>5</b> <b>Forma de presentación de la información</b>	Los datos manejados fueron: 1) Datos dicotómicos o de respuesta (sí o no), se elaboró para indagar el nivel de formación (graduado). 2) Datos cuantitativos: edad, tiempo de graduación y de experiencia laboral en atención materna. 3) Datos nominales o cualitativos: sexo, nivel de formación, ámbito de formación profesional y tipo de contrato de trabajo.

		<p>4) De la totalidad de los 24 ítems. 13 preguntas cerradas fueron matizadas con la opción de respuesta abierta, al considerarse que se puede extraer información de gran relevancia y que contribuiría a complementar el estudio. Estas respuestas abiertas fueron leídas y sistematizadas.</p> <p>5) Todos los ítems fueron numerados.</p>
<b>6</b>	<b>Establecimiento de módulos del cuestionario</b>	<p>Fueron establecidos 4 módulos temáticos a partir de los cuales se construyeron las preguntas.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Conocimiento del sujeto de cuidado</li> <li>Trabajo multidisciplinario</li> <li>Gestión y fundamentación normativa</li> <li>Educación continuada</li> </ol>
<b>7</b>	<b>Creación de los ítems</b>	<p>Estas interrogantes se tomaron de forma literal con el fin de conservar el más alto rigor metodológico: <sup>50</sup></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>¿Son relevantes para la finalidad que se pretende?</li> <li>¿Hay ítems innecesarios o repetitivos?</li> <li>¿Se podría acortar el cuestionario?</li> <li>¿Falta algún ítem que aporte información importante para la finalidad del cuestionario?</li> <li>¿Los ítems están redactados con corrección gramatical y sintáctica?</li> <li>¿Son claros y previsiblemente los van a entender sin ambigüedad los sujetos que los van a responder?</li> <li>¿Hay ítems que incluyen más de una idea?</li> <li>¿Son de fácil respuesta?</li> </ul>
<b>8</b>	<b>Filtro de verificación de ítems por expertos</b>	<p>Análisis de la estructura y otras consideraciones en la selección de los ítems: se llevaron a cabo 3 sesiones de discusión y según la metodología prevista se decidió que ítems debían ser replanteados o eliminados.</p>
<b>9</b>	<b>Distribución de los ítems</b>	<p>Los ítems fueron distribuidos en los cuatro módulos que estructuraron el cuestionario.</p>
<b>10</b>	<b>Estructura de las respuestas</b>	<p>El formato de respuesta implementado fue según la forma Likert de 4 puntos, expresando una medida de análisis de (siempre, frecuentemente, algunas veces y nunca) para los 24 ítems.</p>
<b>11</b>	<b>Análisis iniciales</b>	<p>Se ejecutó validez facial y de contenido.</p>
<b>12</b>	<b>Prueba piloto</b>	<p>Se estableció la consistencia interna del instrumento.</p>
<b>13</b>	<b>Implementación del instrumento en el estudio principal</b>	<p>Para lograr el objetivo trazado a partir del diseño cuantitativo del estudio.</p>

Fuente: Datos del estudio



## Descripción temática de los módulos contenidos en el cuestionario

Los módulos que estructuran el cuestionario son cuatro y cada uno de ellos fue definido por la investigadora de acuerdo a la evidencia encontrada. A continuación se describen:

*Conocimiento del sujeto de cuidado*, está constituido por un conjunto de aspectos y condiciones esenciales que se encuentran inmersos en la práctica disciplinar de la enfermería llevada a cabo en el continuo de atención de la mujer en edad fértil, a la vez permiten conocer la integralidad del cuidado dado en el área. Algunos de estos conocimientos son, la valoración física y biopsicosocial, el análisis de paraclínicos e imágenes diagnósticas (preconcepción, gestación y posparto), la detección temprana de señales de alarma durante la gestación o posparto, las causas de morbilidad materna extrema y mortalidad, y el curso de preparación para la maternidad y paternidad, entre otros. <sup>10, 51,52</sup>

*Trabajo multidisciplinario*, hace referencia a la relación que tiene la enfermera con el resto del equipo de salud durante la atención que proporciona a la mujer en edad fértil. Esta relación está caracterizada por la información que es compartida y analizada por este recurso humano sobre el estado de salud de la madre, los canales de comunicación, el intercambio de conocimientos, juicios, opiniones, la realización de intervenciones que previenen la muerte materna y el fortalecimiento de las habilidades de los miembros de este grupo por parte de las enfermeras. <sup>10,51,53,54,55,56</sup>

*Gestión y fundamentación normativa*, comprende y enfoca la práctica de la enfermería en el marco político y normativo que rige la gestión del cuidado, y que se encuentra circunscrito a la PMM, a la enseñanza sobre los derechos y deberes en salud sexual y reproductiva, a la información aportada, a la ruta de atención, a la gestión para la prestación del servicio de salud, a las acciones de vigilancia epidemiológica, el seguimiento llevado a cabo durante la hospitalización, el pos alta, y otros. <sup>10,27,56,57</sup>

*Educación continuada*, implica la constante actualización de conocimientos y la implementación de la mejor evidencia disponible en la práctica profesional realizada por

iniciativa propia u otorgada por la institución donde labora la enfermera. Sugiere la participación en proyectos de investigación o capacitaciones relacionadas con la PMM. <sup>58,59,60</sup>

**Tabla 2.** Estructura final del cuestionario

<b>Parte 1</b>	Descripción de la población Contiene las variables sociodemográficas
<b>Parte 2</b>	Ítems del cuestionario propiamente dicho Modulo a. Conocimiento del sujeto de cuidado (ítems 1 a 8) total 8. Módulo b. Trabajo multidisciplinario (ítems 9 a 14) total 6. Módulo c. Gestión y fundamentación normativa (ítems 15 a 20) total 6. Módulo d. Educación continuada (ítems 21 a 24) total 4.
<b>Parte 3</b>	Espacio final para opinión del participante (voluntario), propósito ampliar la información

Fuente: Datos del estudio

### **Guía orientadora de la entrevista**

En coherencia a la naturaleza del estudio mixto se buscó que la guía orientadora de la entrevista fuera un complemento del instrumento cuantitativo, y permitiera conocer con mayor precisión el comportamiento del fenómeno desde un diseño netamente cualitativo. El instrumento planteado para la obtención de las entrevistas fue titulado “Guía orientadora de entrevista semiestructurada”. Para su elaboración y procedimiento de ejecución se tuvo en cuenta el método referido por Díaz-Bravo et al, <sup>61</sup> que a continuación se da a conocer en la tabla 3.

**Tabla 3.** Construcción de la guía orientadora en el estudio cualitativo

Nº	Método	Respuesta
1	<b>Disponer de una guía de entrevista</b>	Elaboración de la guía orientadora de la entrevista semiestructurada.
2	<b>Confidencialidad y anonimato</b>	A cada uno de los participantes les fue asignado un nombre ajeno al suyo “seudónimo”.
3	<b>Elaboración de las preguntas</b>	Con los aportes de dos expertas fueron elaboradas 10 preguntas. La tipología de las preguntas fue de tipo descriptivo, estructural y de contraste.
4	<b>Inclusión de las preguntas finales / Identificación de la pertinencia de cada pregunta</b>	6 preguntas fueron seleccionadas como las definitivas para llevar a la prueba piloto.
5	<b>Distribución de las preguntas</b>	Las preguntas estuvieron distribuidas por temáticas de acuerdo al objetivo planteado en el diseño cualitativo.
6	<b>Prueba piloto</b>	Permitió la realización de ajustes a la guía.
7	<b>El ambiente de la entrevista</b>	Se formalizaron las entrevistas en el sitio de trabajo.
8	<b>Realización de reporte de caso</b>	Se realizó una breve descripción de cada participante y se transcribió al inicio de cada una de las entrevistas.
9	<b>Neutralidad del proceso</b>	La investigadora acató a cabalidad la guía orientadora para la entrevista, y mantuvo los criterios éticos establecidos para la prueba piloto y el estudio principal.

Fuente: Datos del estudio

## 6.5. Recolección de los datos

En esta fase se cumplió la recolección de información de forma concurrente, <sup>62</sup> lo que quiere decir que los datos cuantitativos y cualitativos fueron recopilados de forma simultánea al margen de cada uno de los diseños, con la finalidad de permitir la generación de nuevas preguntas e identificar otros matices alrededor del fenómeno. Se informa que en este estudio no se contó con la participación de ningún auxiliar de investigación, la elaboración y ejecución del plan de trabajo fue en su totalidad desarrollado por la investigadora principal.

### **Diseño cuantitativo**

Desde este diseño la recolección de la información fue llevada a cabo mediante un cuestionario, y fue considerada como el conjunto de operaciones ejercidas en un contexto en particular, que involucró la recopilación de los datos. Para poder establecer contacto con las enfermeras, la investigadora construyó un directorio telefónico y de correos electrónicos de las potenciales participantes, esta información fue suministrada por las oficinas de recursos humanos y las coordinaciones de enfermería. La investigadora hizo presencia en la totalidad de horarios establecidos en los hospitales (mañana, tarde, noche par e impar).

El primer contacto con las enfermeras se dio de forma presencial o por vía telefónica, en este acercamiento la investigadora realizó su presentación y explicó el propósito de la participación de estas profesionales en el estudio, así como los demás aspectos asociados a la voluntariedad de su ingreso, a la forma de recolección, a la confidencialidad y anonimato de la información, y el diligenciamiento del consentimiento informado. Se refirió que el estudio ya estaba autorizado por los Comités de investigación y ética en cada una de las instituciones.

De forma posterior se procedió al agendamiento de una visita que se desarrolló en cualquier espacio disponible del horario laboral de las participantes. Ya en el sitio de trabajo, la investigadora se presentaba en el servicio y esperaba (minutos u horas) debido a que no siempre las enfermeras tenían momentos de descanso por el nivel de trabajo. Cuando la participante tenía la disponibilidad de tiempo recibía por parte de la investigadora la

explicación sobre las instrucciones de llenado del cuestionario y el consentimiento informado. El espacio destinado para este fin, generalmente fue en el estar de enfermería, en la cafetería y en la zona de loqueres. Desde el momento del diligenciamiento del cuestionario fueron identificadas las informantes clave, que tuvieran la disponibilidad de tiempo para poder ser entrevistadas en otro momento, cuando aceptaron fue agendada otra visita.

### **Diseño cualitativo**

Para este estudio la herramienta que permitió obtener datos fue la entrevista semiestructurada, <sup>61</sup> a través de ella fue posible estructurar un dialogo que se caracterizó por la obtención de respuestas verbales ante el planteamiento de interrogantes. <sup>63</sup> Se definió esta tipología de entrevista para el estudio, porque es una herramienta flexible y detallada que facilita la aclaración de términos, la identificación de ambigüedades, es capaz de adaptarse al contexto y a las características de las participantes. <sup>61</sup> Diaz-Bravo, et al., <sup>61</sup> describen la entrevista como “un instrumento técnico de gran utilidad en la investigación cualitativa que sirve para recabar datos, y con un fin distinto al simple hecho de conversar”.

Durante el proceso de recolección de los datos cualitativos los sesgos externos se minimizaron de la siguiente forma: <sup>46</sup>

- Implementación de una guía orientadora y desarrollo de entrevista en el escenario de trabajo. El dialogo se llevó a cabo en los momentos de descanso (no hubo una hora fija). Aunque ocurrieron interrupciones por parte de personal ajeno al estudio, la investigadora nunca interrumpió el curso del pensamiento de la participante.
- Se explicó a la participante la finalidad de la entrevista.
- Fue grabado el audio de cada entrevista previa autorización.
- Solo fueron solicitados los datos relevantes para el estudio.
- La selección de las entrevistas permitió la saturación teórica. Fueron eliminadas 7 entrevistas en razón a los criterios de exclusión.
- Se mantuvo la interacción investigadora-entrevistada a través de un tono de voz acorde, la actitud de escucha sensible y nunca desaprobatoria ante lo expresado.

- Se dio seguimiento a la guía de preguntas en pro de que la entrevistada pudiera hablar de manera libre y espontánea, cuando fue necesario se modificó el orden de las preguntas de tal forma que fuera coherente a la forma como se estaba desarrollando la entrevista.
- Se aclararon las dudas relativas al estudio, evitando al máximo momentos que pudieran “explicar, profundizar en aspectos no contemplados”.
- Las preguntas eran sencillas y breves pero capaces de dar respuesta al objetivo de la pregunta de investigación.
- Las preguntas fueron claras, nunca abarcaron varias cosas a la vez y se realizaron siempre de forma verbal.

*Fases de la entrevista.* Se admitieron 4 fases para el desarrollo de las entrevistas, <sup>61</sup> cada una de ellas expuso características diferentes:

*I. Preparación.* Fueron los instantes previos a la entrevista donde se procedió a la elaboración de un plan de trabajo (guía orientadora), a partir de esta construcción se tuvo amplia claridad sobre el objetivo, el tipo de preguntas a implementar, la forma de captar informantes clave, la manera bajo la cual sería llevada la entrevista en el lugar de trabajo y el establecimiento de contacto con la participante, entre otros aspectos.

*II. Apertura.* Se enmarcó en el momento bajo el cual se produjo el encuentro en el lugar de la cita y se explicó el motivo de la participación en el estudio, el posible tiempo de duración, la firma del consentimiento informado y la autorización para grabar el audio de la entrevista.

*III. Desarrollo.* Se refirió al período en el que la investigadora expuso las preguntas a la enfermera. Desde este instante se mantuvo un intercambio fluido de información que permitió dar respuesta a cada uno de los planteamientos, contrastar los hallazgos anteriores y observar la posibilidad de obtener nuevos conceptos, categorías o teoría.

*IV. Cierre.* Fue el momento del tiempo en el que la investigadora anticipó la terminación de la entrevista para que la participante tuviera la oportunidad de recapitular mentalmente lo dicho, y valorar la posibilidad de expresar nuevas ideas o profundizar en otras.

## 6.6. Plan de análisis de los datos

El plan de análisis de los datos se dio a partir de lo manejado en cada uno de los diseños. Los por menores fueron:

### Diseño cuantitativo

Para el análisis de los resultados fue elaborada una base de datos en el programa Excel, la descripción estadística de la información se ejecutó por medio del Programa SPSS 25 (licenciado por la Universidad El Bosque, Bogotá-Colombia).

El plan de análisis de los datos (Tabla 4) ejecutado es el siguiente:

- *Análisis psicométrico:* otorgó validez y consistencia interna del cuestionario “PRACEPMME1” (datos presentes en el segundo artículo).
- *Análisis descriptivo:* permitió obtener, organizar, presentar y describir el conjunto de datos que facilitaron la caracterización de la población, se calcularon parámetros estadísticos como las medidas de tendencia central y de dispersión de las variables evaluadas.
- *Análisis inferencial:* fue ejecutado de acuerdo a las características de las variables. Las pruebas no paramétricas implementadas fueron el Coeficiente Rho de Spearman y la prueba de Chi cuadrado para establecer el nivel de relación que tenían las variables. Otras técnicas estadísticas usadas fueron el Test de Kruskal-Wallis, que busco probar diferencias entre los hospitales, y la Prueba post hoc (Tukey) que determinó en que hospitales se cumplía con mayor frecuencia las PPMM, vistas desde los cuatro módulos constitutivos del instrumento PRACEPMME1.

**Tabla 4.** Plan de análisis del diseño cuantitativo

Objetivo	Tipo de análisis	Finalidad	Resultado
Analizar las prácticas realizadas y la experiencia vivida en relación a la prevención de la mortalidad materna desde el ejercicio profesional de enfermería.	<b>Análisis psicométrico del instrumento</b>	La validez facial y de contenido	Validó que el instrumento reflejara de forma verídica lo que se deseaba preguntar.
		Consistencia interna: Alfa de Cronbach	Determinó la consistencia interna del cuestionario.
	<b>Análisis descriptivo</b>	Frecuencia, mediana, desviación típica, proporciones, máximos y mínimos	Caracterizó la población y describió las variables centrales.
		Test de Kolmogorov – Smimov	Verificó la normalidad de la distribución de los datos.
	<b>Análisis inferencial</b>	Rho de Spearman ( $r_s$ )	Identificaron la existencia de correlaciones entre variables.
		Chi cuadrado ( $\chi^2$ )	
		Prueba de Kruskal Wallis	Contrastó las k medianas
	Prueba post hoc (HSD de Tukey)	Se dieron comparaciones múltiples	

Fuente: Datos del estudio

### Diseño cualitativo

Terminada la recolección y transcripción de la información se continuó con el proceso de análisis de los datos, cuyo eje central radica en un proceso de codificación que se constituye por tres fases que “conforman el umbral analítico - creativo de la teoría, de donde se deriva la selección y categorización de la data, y se inicia la construcción de la teoría en cuestión”,<sup>64</sup> de esta forma se pudo describir e interpretar el fenómeno de estudio identificando sus principales constructos y las interacciones que se viven en su interior. El análisis se llevó a cabo en el software NVivo 11 (versión en español), este programa en especial fue recomendado para esta perspectiva teórica porque facilita el almacenamiento, organización, búsqueda de la información, y contribuye a la creación de teoría.<sup>41</sup> Se esclarece que en ningún caso el programa en mención llegó a “sustituir al investigador como agente activo del proceso analítico”.<sup>40</sup>

Los momentos de análisis a la luz de la Teoría Fundamentada (TF) se exponen a continuación.

*La generación de teoría acompañada del enfoque inductivo*, implicó contribuir desde un proceso racional al cuerpo de conocimientos relacionados con la prevención de la



MM a partir de la experiencia vivida en esta situación por parte de las enfermeras. Partiendo del *proceso cognitivo del razonamiento inductivo* se llevó a cabo la recolección y análisis de las experiencias individuales que fue ejecutado con la mayor rigurosidad, para de forma posterior realizar la representación del aporte teórico explicativo.<sup>39,65</sup>

La *comparación constante consintió la búsqueda de divergencias y similitudes*, con el objetivo de descubrir patrones en el comportamiento del fenómeno de estudio.<sup>42,66</sup> La *codificación* fue comprendida como el acto de “codificar” o “conceptualizar, reducir, elaborar y relacionar los datos”.<sup>66</sup> Este proceso se conformó de tres fases, la I. Codificación abierta, II. Codificación axial y III. Codificación selectiva.<sup>39</sup> A través de las ellas, se partió de la identificación de amplios conceptos a la estructura y conformación de las categorías que conceptualizan la experiencia vivida.

De forma conjunta al proceso de codificación se confeccionaron los memos o “registros escritos y especializados que contienen el producto del análisis o las instrucciones para el analista; y buscan ser analíticos y conceptuales más que descriptivos”.<sup>39</sup> Su clasificación y almacenamiento aprobaron que de forma posterior la investigadora pudiera utilizar esta información en la identificación de las categorías y de la categoría central, que son esenciales en la concepción y formulación de teoría. Los tipos de memos<sup>40</sup> desarrollados en el estudio fueron los siguientes:

- **Memos teóricos:** notas relacionadas con las categorías emergentes y el desarrollo de la teoría. Aportaron información sobre los códigos y las diversas relaciones que se instituyeron entre las categorías conceptuales. Orientaron el análisis hacia niveles más abstractos y ayudaron a la construcción de teoría.
- **Memos metodológicos:** son las notas concernientes a la metodología y elaboradas durante el registro del marco muestral, la recolección y el análisis de los datos.
- **Memos analíticos:** estos registros estuvieron relacionados con el posicionamiento reflexivo de la investigadora en torno el análisis de los datos.
- **Memos descriptivos:** puntualizaron en las observaciones vinculadas a las reacciones personales que tuvieron las participantes, y que fueron reconocidas por la investigadora a medida que progresaba el estudio.

Debido a que la investigadora interactuó de forma constante en la recogida y el análisis de los datos fue necesario enfatizar en el proceso de *sensibilidad teórica*, esto con el fin de ser capaz de generar una teoría que se fundamente en los datos y no en ideas preconcebidas o teorías ya existentes.<sup>42</sup> El plan de análisis del estudio cualitativo se puntualiza en la tabla 5.

El proceso de contrucción del modelo teórico explicativo alrededor del fenómeno estudiado, se expone a continuación:

- Primero se buscó establecer en cada una de las categorías las respectivas propiedades, dimensiones y subcategorías para por último instaurar el aporte teórico a la problemática.
- Como segunda instancia se ejecutó la descripción específica o integrativa de la categoría central.

**Tabla 5.** Plan de análisis del estudio cualitativo

Momentos	Acciones
<b>Caracterización de las participantes</b>	Descripción sociodemográfica de las participantes.
<b>Codificación abierta</b>	Identificación de precategorías, códigos (sustantivos y nominales) buscando que tan frecuente fueron. Características: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Provisional y sujeta a cambios.</li> <li>• Análisis basado en los datos.</li> </ul>
<b>Codificación axial</b>	Filiación, agrupación y descripción de las categorías (saturación de las teorías).
<b>Codificación selectiva</b>	Identificación de la categoría núcleo de la experiencia abordada. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reconstrucción teórica de las relaciones establecidas entre las categorías reconocidas alrededor del fenómeno.</li> <li>• Construcción de significados de acuerdo a los datos recogidos.</li> </ul>
<b>Formulación del modelo teórico explicativo</b>	Planteamiento del modelo teórico y explicativo.

Fuente: Datos del estudio

## 6.7. Proceso de triangulación de los datos

El diseño mixto requirió de la investigadora, la combinación de la lógica inductiva con la deductiva a través de todo el desarrollo del estudio. Esta integración del pensamiento crítico y analítico abarcó el planteamiento del problema, la recogida y el análisis de datos, la interpretación de resultados y en la elaboración del informe final.<sup>67</sup> Por este motivo, para hablar de triangulación de la información en este estudio, debió entenderse este proceso como la “búsqueda de la convergencia y la corroboración de los resultados sobre un mismo fenómeno”;<sup>68</sup> en otros términos, fue la combinación de las fortalezas de ambas metodologías, vistas como herramienta de confrontación y comparación entre los hallazgos para, primero ejecutar su validación y segundo construir un complemento descriptivo de la información recolectada desde cada diseño.

La triangulación en el estudio se hizo cierta con la implementación de estas acciones:

- El uso de este diseño proporcionó el primer acercamiento para la formulación de nuevas hipótesis partiendo de las interrogantes o resultados del mismo método, o del otro que lo acompañó.
- La articulación de los diseños fue vista como la posibilidad de mejorar o complementar los hallazgos de un método a través de otro.
- Un método contribuyó al desarrollo del otro (muestreo y toma de decisiones).
- Se pretendió ampliar el alcance del estudio por lo cual un diseño se sumó a la comprensión del otro.
- El análisis de los datos se llevó a cabo de forma independiente y en el marco de cada diseño de investigación.
- Se contó con la participación de expertos con amplia experiencia en alguno de los dos diseños, circunstancia que permitió que las necesidades metodológicas de cada diseño fueran resueltas.
- Los dos diseños tuvieron igualdad de estatus, tanto en el método como en la interpretación de resultados, no se evidenció primacía de uno sobre el otro.
- La triangulación metodológica y de resultados se ejecutó en el marco de los elementos esenciales del modelo de curso de vida.

- Para poder dar desarrollo a esta parte del análisis de los datos se construyó una matriz sobre la cual fueron colocados los principales hallazgos con la intención de establecer la presencia de similitudes, divergencias y la identificación de proposiciones o conceptos emergentes, para de forma posterior llevarlos a la discusión y contrastarlos con la teoría empírica disponible.

## **6.8. Fases del estudio**

Los pormenores de las fases del estudio se detallan en la tabla 6.

**Tabla 6.** Descripción de las fases del proyecto y su integración metodológica

1. Fase Exploratoria	2. Fase Operativa	3. Fase Analítica	4. Fase de Cierre
<p><b><u>Actividad ejecutada para los dos diseños:</u></b></p> <p>-Contextualización sobre el fenómeno de estudio: marzo 3 de 2014.            -Ajustes metodológicos en los dos diseños: noviembre 2013 a marzo de 2014.            -Presentación del protocolo del estudio: noviembre de 2014            -Aprobación: enero 12 de 2015            -Autorización de los hospitales participantes            Hospital del Sur: marzo 10 de 2015            Hospital Simón Bolívar: junio 16 de 2015            Hospital de Chapinero: octubre 14 de 2015</p> <p><b><u>Prueba piloto:</u></b></p> <p>-Tiempo: noviembre de 2015            -Realizar ajustes al instrumento PRACETMME1.            -Aportar consistencia interna.            -Valorar la pertinencia y claridad de cada pregunta a implementar durante la entrevista.</p>	<p><b><u>Actividad ejecutada:</u></b></p> <p>La recopilación de datos se hizo de forma concurrente: diciembre 3 de 2015 – febrero 20 de 2016</p> <p>El cuestionario fue auto administrado a las enfermeras que cumplieron con los requisitos de inclusión.</p> <p><b><u>Cuantitativo: Descriptivo transversal</u></b></p> <p><b>Población:</b> 60 enfermeros de tres instituciones de salud.  <b>Instrumento:</b> PRACEPMME1  <b>Análisis:</b> Descriptivo e inferencial (SPSS 25).</p>	<p><b><u>Triangulación de la información</u></b></p> <p>Análisis descriptivo e inferencial y análisis de datos según la TF: julio de 2016 - mayo de 2017</p>	<p>Elaboración y presentación del informe final: junio de 2017 – mayo de 2018</p>
<p><b>MÉTODO CUANTITATIVO</b></p> <p>Construcción de cuestionario (PRACETMME1).</p>			
<p><b>MÉTODO CUALITATIVO</b></p> <p>Construcción de guía semiestructurada</p>	<p>A partir del diligenciamiento del cuestionario se identificaron las informantes claves, a las cuales se les realizó la entrevista semiestructurada.</p> <p><b><u>Cualitativo: Teoría Fundamentada</u></b></p> <p>Saturación teórica: 27 entrevistas  <b>Recolección de información:</b> Entrevista semiestructurada.  <b>Análisis:</b> Interpretativo (Programa NVivo 11).</p>		

Fuente: Datos del estudio

## 6.9. Consideraciones éticas

Como referente mundial la investigación se soporta sobre los principios éticos descritos en el Informe Belmont, que cita: el respeto, la beneficencia y la justicia, <sup>69</sup> que fueron considerados porque el estudio se realizó con seres humanos. A nivel nacional, la presente propuesta investigativa fue definida en el marco de la Resolución 008430 de 1993 contemplada por el Ministerio de Salud de la Republica de Colombia, que establece las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud con seres humanos.

En el Título I, artículo 11, se estipula la categoría de la investigación según su naturaleza de acuerdo a la presente ley, que permitió la categorización del estudio como “*Sin riesgo*” porque no se realizó ningún tipo de intervención o modificación de las variables biológicas, fisiológicas, sicológicas o sociales de los individuos que participaron en el mismo.

70

Para la disciplina profesional de enfermería, la Ley 911 de 2004 <sup>30</sup> es la encargada de dictar las disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para su ejercicio. Esta ley establece los valores éticos presentes en toda práctica del ejercicio profesional de Enfermería: El respeto a la vida y a la dignidad de los seres humanos. De igual forma describe los principios éticos que fueron tomados como referentes en este estudio, estos son: los de Beneficencia, No maleficencia, Autonomía, Justicia, Veracidad, Solidaridad, Lealtad y Fidelidad, ya que orientan la responsabilidad deontológica profesional de la enfermería en Colombia.

Como aspectos generales tenidos en cuenta durante el estudio principal y la prueba piloto, se comenta lo siguiente:

- Se obtuvo la aprobación del estudio y la mención ética del mismo.
- Fue redactado el consentimiento informado a implementar en el estudio. Cada participante aceptó ser incluido en el estudio mediante la firma del consentimiento informado, previa explicación.
- Se logró la autorización de las instancias correspondientes en las instituciones participantes:
  - Subred Integrada de Servicios de Salud del Suroccidente: Hospital del Sur, Oficina de Planeación y Sistemas.
  - Subred Integrada de Servicios de Salud del Norte: Hospital Simón Bolívar, Comité de Ética en Investigación,

- Subred Integrada de Servicios de Salud del Norte: Hospital de Chapinero, Subgerencia de Servicios de Salud.
- Se informó el plan de recolección de información para los dos métodos y porque mecanismo se garantizaría el anonimato y confidencialidad de la información aportada, la cual sería mediante la asignación de un código.
- Antes de iniciar el diligenciamiento del cuestionario y de realizar la entrevista, se fijó la fecha, el lugar y la hora de encuentro que propendieron por la existencia de condiciones óptimas para realizar esta actividad. En otros términos, a cada una de las participantes se les agendó un día en específico.
- Se comunicó que los resultados finales serian dados a conocer a través de su socialización y publicación en revistas científicas.

## 7. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Los resultados y la discusión se presentan a continuación de acuerdo a la forma como los estudios han sido enviado a las revistas internacionales para ser publicados. Se indica que los objetivos de la tesis a los que se contesta en cada uno de los artículos, están consignados en su estructura.



## **Atención de enfermería a la mujer en edad fértil: prácticas para prevenir la mortalidad materna**

Mildred Guarnizo-Tole,<sup>1,2</sup> Hugo Olmedillas,<sup>3</sup> y Germán Vicente-Rodríguez<sup>2,4,5,6,7,8\*</sup>

<sup>1</sup> Grupo de Investigación Salud Sexual y Reproductiva, Enfermería UNBOSQUE, Facultad de Enfermería, Universidad El Bosque. Bogotá, Colombia

<sup>2</sup> Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Zaragoza, Zaragoza, España

<sup>3</sup> Departamento de Biología Funcional. Universidad de Oviedo, Campus del Cristo B. Julián Clavería s/n Asturias, España.

<sup>4</sup> GENUD (Growth, Exercise, NUtrition and Development) Grupo de investigación, Universidad de Zaragoza, España.

<sup>5</sup> Facultad de Ciencias de la Salud y del Deporte (FCSD), Departamento de Fisiatría y Enfermería, Universidad de Zaragoza, Ronda Misericordia 5, 22001-Huesca, España.

<sup>6</sup> Centro de Investigación Biomédica en Red de Fisiopatología de la Obesidad y Nutrición (CIBERObn), España.

<sup>7</sup> Instituto Agroalimentario de Aragón (IA2)

<sup>8</sup> Instituto de Investigación Sanitaria de Aragón (IIS Aragón), España.

\* Autor para correspondencia:

PhD Germán Vicente-Rodríguez

Faculty of Health and Sport Science. Ronda Misericordia 5, 22001-Huesca, España.

Email: [gervicen@unizar.es](mailto:gervicen@unizar.es). Teléfono: 974392231

## Atención de enfermería a la mujer en edad fértil: prácticas para prevenir la mortalidad materna

### RESUMEN

**Introducción:** En el sector salud es conocido que son las enfermeras las profesionales que mayor contacto tienen con la mujer durante los momentos de atención de su vida fértil. Esta circunstancia les permite llevar a cabo diversidad de prácticas que buscan prevenir la muerte materna desde la preconcepción y garantizar el nacimiento seguro.

**Objetivo:** Describir las prácticas realizadas en relación a la prevención de la mortalidad materna desde el ejercicio profesional de enfermería, en tres instituciones de salud en Bogotá, Colombia.

**Métodos:** Corresponde a un diseño cuantitativo, descriptivo transversal, en el que participaron 60 enfermeras. La información se recopiló por medio de un cuestionario autoadministrado y constituido de cuatro módulos (conocimiento del sujeto de cuidado, trabajo interdisciplinario, gestión y fundamentación normativa, y educación continuada) que fue diseñado y validado para el presente estudio.

**Resultados:** Se identificó correlación moderada entre el conocimiento del sujeto de cuidado y el trabajo multidisciplinario ( $r_s = ,631, p < 0,01$ ), el trabajo multidisciplinario y la gestión del cuidado ( $r_s = ,648, p < 0,01$ ), la gestión del cuidado y la educación continuada ( $r_s = ,665, p < 0,01$ ); y una asociación estadísticamente significativa ( $\chi^2 = < 0,05$ ) entre el servicio y nivel de complejidad de la institución donde se trabaja, con respecto a la implementación de estas prácticas.

**Conclusiones:** La ejecución de prácticas que contrarrestan la mortalidad materna es mayor cuando las enfermeras tienen un conocimiento actualizado, que las lleva a desarrollar un mejor trabajo multidisciplinario; y por ende una mayor gestión del cuidado.

**Palabras clave:** Atención de enfermería, mortalidad materna, salud materna.

## Nursing care to woman in fertile age: practices to prevent maternal mortality

### ABSTRACT

**Introduction:** In the health field is known that the professional nurses have more contact with the woman during the attention moments of her fertile life. This circumstance allows carrying on diverse practices, which aim to prevent the maternal mortality since the preconception and guarantee a secure birth.

**Objective:** To describe practices developed around the prevention of maternal mortality from the nursing professional praxis in three health institutions in Bogotá, Colombia.

**Methods:** It corresponds to a quantitative design, descriptive transversal. It participated 60 nurses, the information was gathered by means a questionnaire conformed by four modules (care subject's knowledge, multidisciplinary work, care management and law foundations and continuing education) that was designed and valid for this study.

**Results:** It was identified a moderate correlation between the knowledge of the subject of care and the multidisciplinary work ( $r_s = ,631, p < 0,01$ ), the multidisciplinary work and the nursing care management ( $r_s = ,648, p < 0,01$ ) the nursing care management and the continuing education ( $r_s = ,665, p < 0,01$ ), and one meaningful statistical association ( $\chi^2 < 0,05$ ) between the service and complexity level where they work and execute these practices.

**Conclusions:** The execution of practices that resist the maternal mortality is higher when the nurses have update knowledge and as a result a better care management.

**Key words:** Nursing care, maternal mortality, maternal health.

## INTRODUCCIÓN

La mortalidad materna es definida como la muerte de una mujer ocurrida durante el curso del embarazo o en los 42 días posteriores después del parto (independientemente su duración o lugar de ocurrencia), y generada por causa determinada o agravada por el embarazo mismo (tratamiento, cuidados que el propio motiva), o producida por la confluencia de estos; pero nunca ni accidental, ni fortuita.<sup>1</sup> A nivel internacional, la permanente búsqueda de mecanismos orientados al manejo de este evento terminó por contribuir al desarrollo de un marco normativo que busca proporcionar atención integral a la mujer en edad fértil en el curso de su vida, desde una perspectiva biopsicosocial y cultural.<sup>1,2</sup> No obstante, en el mundo mueren alrededor de 830 mujeres cada día por complicaciones generadas durante el período perinatal y posnatal, siendo más representativo este evento en los países más pobres en los que la Razón de Mortalidad Materna (RMM) puede llegar a 239 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos.<sup>2</sup>

El comportamiento de la mortalidad materna en Colombia se caracteriza por presentar un descenso en las últimas dos décadas. A pesar de esta reducción, se estima que el 60% de estos decesos se agrupa en el 50% de la población más pobre.<sup>3</sup> Las RMM reportadas a través del tiempo exponen que en el año 2000 el país tuvo 97 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos, y para los años 2010 y 2015 se mantuvo en 72.<sup>4</sup>

Para el caso específico de Bogotá la RMM en el año 2010 fue de 41 muertes maternas por 10.000 nacidos vivos, el 2015 de 36 y el 2016 de 24,<sup>5</sup> estas cifras dejan entrever que aún no se ha logrado un control real de esta problemática. Las principales causas de mortalidad materna notificadas en este contexto tienen relación con la preeclampsia 26,7%, las complicaciones durante el parto 14,1%, y el posparto 13,4%.<sup>6</sup>

La enfermera es la profesional del equipo de salud que mayor tiempo permanece con la mujer, la familia y la comunidad durante los diferentes momentos de atención, no solo desde la clínica, sino desde otros escenarios de desempeño laboral como son la salud pública, el ejercicio independiente, la gerencia, el ámbito de la investigación y la docencia.<sup>7</sup> Además, es un recurso humano que actúa tanto, a partir de los conocimientos teóricos que contribuyen al manejo de esta problemática, como desde la puesta en marcha de una multiplicidad de prácticas respaldadas científicamente que benefician a la mujer en edad fértil, al hijo por nacer, a la familia y por ende a la sociedad en general. En este orden de ideas, prevenir la muerte materna

se convierte en una prioridad para la disciplina por tal motivo, este estudio tuvo como objetivo, describir las prácticas realizadas en relación a la prevención de la mortalidad materna desde el ejercicio profesional de la enfermera, en tres instituciones de salud en Bogotá, Colombia.

## **MÉTODOS**

Es un estudio descriptivo y transversal, desarrollado en tres hospitales públicos de la ciudad de Bogotá entre los meses de diciembre de 2015 a febrero de 2016. Uno de los hospitales pertenece a la Subred Integrada de Servicios de Salud del Suroccidente: Hospital A (I nivel de atención) y los otros dos hacen parte de la Subred Integrada de Servicios de Salud del Norte Hospital B y Hospital C (III y I nivel de atención). El tipo de muestreo implementado fue no probabilístico por conveniencia, en el cual (n=60) enfermeras diligenciaron un cuestionario diseñado para el estudio previa verificación de los criterios de inclusión, los cuales fueron tener un tiempo de estar trabajando en el servicio mayor a tres meses y laborar en áreas afines con la atención materna. El valor de la significancia implementado en el estudio fue de 0,05.

### **Riesgo del diseño**

Para garantizar el control de posibles factores que pudieran intervenir en la validez del estudio y de los resultados, se efectuó el manejo de las condiciones internas y externas que tuvieron como propósito disminuir al máximo la presencia de sesgos que generaran algún tipo de afectación. La validez interna fue controlada en el momento de la selección de los participantes, en la calidad de la información y durante la medición; por estas razones se elaboraron de forma detallada los criterios de inclusión y exclusión, mientras que, para tener la muestra más heterogénea posible se tuvo la participación de las enfermeras que trabajaran tanto en el turno diurno, como nocturno. La calidad de la información se conservó a través de las definiciones conceptuales como representación e interpretación operativa de las variables, y por medio del proceso de validación del cuestionario (validez facial, de contenido y consistencia interna). La investigadora comunicó a las participantes sobre el correcto diligenciamiento del instrumento y el consentimiento informado.

La validez externa, hizo acotación a la extensión y la forma en la cual los resultados del estudio pueden ser orientados a diferentes grupos que se encuentren en contextos

equivalentes a los manejados con respecto al recurso humano que participo y el tipo de instituciones en las que trabaja las enfermeras.

### **Instrumento**

Se diseñó un cuestionario denominado “PRACEPMME1” que midió la implementación de prácticas de prevención de la mortalidad materna (PPMM) (tabla 1). La opción de respuesta fue tipo Likert de 1 a 4, la ejecución de las prácticas fue interpretada como, 4 “siempre”, 3 “frecuentemente”, 2 “algunas veces” y 1 “nunca”. Algunos ítems fueron contrastados con la opción de respuesta abierta para poder obtener información certera y con mayor grado de profundidad teniendo en cuenta la complejidad de la problemática abordada.

La validez facial del instrumento fue ejecutada por siete expertos, reportando un índice de aceptación global <sup>8</sup> de 99,4%, sumado al cumplimiento de los criterios de suficiencia en un 99,4%, coherencia 99,4%, relevancia 98,8% y claridad 100%. La validez de contenido midió la utilidad o no utilidad de los ítems, el (CVR’) de los ítems osciló entre 0,83 y 1,00. El (CVI) de cada uno de los módulos fue, el de A. 0,93, B. 0,94, C. 0,91 y D. 0,91. Mientras que el (CVI) global arrojó un valor de 0,93 que de acuerdo al criterio modificado de Lawshe, <sup>9</sup> permitió interpretar que la totalidad de los ítems del cuestionario eran aceptables porque sobrepasaron el valor de referencia de 0,58. Mediante la prueba piloto ejecutada con (n=22) enfermeras se obtuvo un índice de  $\alpha = 0.81$  y se consideró que el PRACEPMME1 podía ser implementado en el estudio para medir las variables de interés.

### **Análisis de los datos**

El análisis descriptivo de los datos permitió determinar las frecuencias y demás medidas de tendencia central y de dispersión. En el análisis inferencial se tuvo en cuenta el criterio de normalidad para la aplicación de pruebas no paramétricas en respuesta de la naturaleza de las variables, los estadísticos ejecutados en el estudio fueron la prueba de Chi cuadrado ( $\chi^2$ ) y la de rho de Spearman ( $r_s$ ). El análisis descriptivo e inferencial de los datos se elaboró en el programa estadístico SPSS 25.

## **Consideraciones éticas**

El estudio fue catalogado como “Sin riesgo”,<sup>10</sup> y se fundamentó en los principios éticos de respeto, la beneficencia y la justicia.<sup>11</sup> Los tres hospitales participantes aprobaron el desarrollo del protocolo, el cual se cumplió teniendo en cuenta la voluntariedad y confidencialidad de la participación de estas profesionales. No se contó con ningún tipo de financiación.

## **RESULTADOS**

### **Análisis descriptivo**

La descripción sociodemográfica de la muestra se puede apreciar en la tabla 2. Los ítems del módulo A, exponen un promedio de respuesta de 4, es decir, predomina la opción de siempre, que evidencia que las enfermeras tienen un elevado conocimiento de los aspectos a valorar en la mujer en edad fértil. Los del módulo B, presentaron un promedio de respuesta de 3 a 4, indicando que estas profesionales frecuentemente o siempre trabajan en equipo multidisciplinario. Los ítems C, tienen un promedio de respuesta de 3 a 4, mostrando que frecuentemente o siempre las enfermeras realizan la gestión del cuidado bajo la normativa existente. Los ítems D, mantuvieron un promedio de respuesta de 1 a 3, probando que hay enfermeras que nunca, algunas veces o frecuentemente realizan actualización de sus conocimientos o participan en proyectos de investigación. La tabla 3 describe el comportamiento de la frecuencia de ejecución de las PPM.

### **Otras prácticas identificadas en las respuestas abiertas**

Módulo A de conocimiento del sujeto del cuidado, en el ítem 1 sobresale la valoración de antecedentes personales y familiares de la mujer 81,7%, en el 4 la valoración del antígeno de superficie del virus de la Hepatitis B (AsgHB), la prueba serológica para la sífilis (VDRL), y el tamizaje para el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) 63,3%, en el mismo ítem la ecografía obstétrica es la imagen diagnóstica que tiene mayor frecuencia de valoración obtuvo 81,7%; en el ítem 5 la educación del grupo familiar y la madre en temas asociados a los trastornos hipertensivos 81,7%, en el ítem 6 el conocimiento de la preeclampsia como la principal causa de morbilidad materna extrema 58,3%, en el ítem 7 el conocimiento de la

enfermedad hipertensiva y hemorragia obstétrica como generadoras de mortalidad materna 76,6% y 73,3%, respectivamente, y por último en el ítem 8 el conocimiento de los cuidados en torno al trabajo de parto y parto 46,7% como rasgo que hace parte de la preparación para la maternidad y paternidad.

Con respecto a los ítems del módulo B, el ítem 9 expresa que el estado de salud de la mujer es la condición más comunicada por la enfermera al equipo de salud 45,0% y el ítem 13 describe que las complicaciones más detectadas son las de origen biopsicosocial 46,7%.

En el módulo C, el ítem 18 rastreó en igual proporción que las principales acciones de vigilancia epidemiológica llevadas a cabo por la enfermera son la notificación de nuevos casos de interés en salud pública y el formar parte de los comités de vigilancia epidemiología 16,7%, respectivamente; mientras que el ítem 19, muestra que el principal motivo por el cual se realiza seguimiento es para verificar la presencia de signos de alarma 31,7% y formalizar el refuerzo educativo 30,0% a la mujer gestante y en posparto.

En el módulo D, el ítem 21, mencionó que las actualizaciones y capacitaciones de mayor representatividad, se encuentran relacionadas con las guías de atención materna (control prenatal CPN, emergencias obstétricas y atención al recién nacido) 50,0%; según el ítem 23, la participación en espacios destinados al abordaje de la salud materna tiene como propósito mantener el conocimiento actualizado 31,7%. Mientras que el ítem 24, exterioriza la escasa participación de la enfermera en proyectos o investigaciones relacionadas con la salud materna 3,30% como el CPN y la prevención del embarazo adolescente.

### **Análisis inferencial**

La prueba de  $\chi^2$  puede apreciarse en la tabla 4 y la de  $r_s$  en la tabla 5. Con respecto a la edad, el tiempo de egreso del pregrado y de experiencia en el área no registraron relaciones estadísticamente significativas ( $r_s > 0,05$ ) en torno a la frecuencia de ejecución de PPM. Lo mismo ocurrió con la formación posgradual en el área o por fuera de ella.



## DISCUSIÓN

El presente estudio refleja que el ejercicio profesional de las enfermeras que proporcionan atención materna se encuentra fundamentado en un conocimiento científico que es aceptado y reconocido a nivel disciplinar e interdisciplinar. En este orden de ideas los hallazgos aquí encontrados, concuerdan con lo expresado por Castañeda & Romero <sup>12</sup> en el sentido que, la atención de la mujer en edad fértil es dada por la enfermera desde los distintos servicios en los cuales trabaja, corroborando que estas profesionales tienen una amplia presencia en los diferentes entornos sociales en respuesta a los cambios políticos y a las necesidades en salud, que exigen que este proceso se lleve a cabo por recurso humano calificado.

Por otra parte, sobresale en otros estudios <sup>13,14</sup> como el conocimiento actualizado es fundamental para el trabajo en equipo y la gestión del cuidado, estos relatan que la formación especializada en enfermería acrecienta la calidad de la práctica disciplinar porque favorece la valoración integral de la mujer desde todas las perspectivas, con la finalidad de identificar los factores internos y externos que están presentes durante la preconcepción, el parto o el posparto y que de no ser manejados correctamente podrían ser contraproducentes para la vida. <sup>13,15</sup>

Pese a lo positivo de esta afirmación, los datos analizados en esta muestra expresan la ausencia de una relación estadísticamente significativa entre este tipo de formación e incluso el tiempo de experiencia en este campo ( $r_s = 0,11$  a  $0,50$ ,  $p > 0,05$ ) con respecto a la frecuencia de ejecución de PPM. Estos hallazgos son contrarios a los de Guerrero Pasijojoa et al, <sup>16</sup> en los que se menciona como las variables en mención son fundamentales para sobresalir en el área.

Se suma a lo referido que los reportes de este estudio son coherentes con la evidencia empírica disponible en la disciplina <sup>7</sup> en correspondencia a la importancia que representa la valoración de la dimensión física y psicosocial del estado de salud de la mujer, además, de estar las enfermeras preparadas en el ejercicio de su labor ante circunstancias que puedan exponer el bienestar materno y perinatal; y que está presente en el tipo de capacitaciones y actualizaciones notificadas por las participantes, como es el manejo de las emergencias obstétricas en pro de la continuidad de la vida.

Para este estudio, el 81,9% de la muestra se encontraba trabajando en el primer nivel de atención, lo que indica que la práctica de la enfermera gira en torno a la prevención de la enfermedad y promoción de la salud; de allí, que desempeñe un rol decisivo en el cumplimiento

de las metas orientadas al mantenimiento del bienestar de su sujeto de cuidado. Reportes similares están documentados por Castañeda Guillot et al,<sup>12</sup> quienes afirman que es en este nivel de complejidad donde con mayor representatividad las enfermeras incorporan prácticas de tipo individual y colectivo que potencializan la puesta en marcha de los estilos de vida saludables;<sup>17,18</sup> en especial a los que competen con las transiciones de la salud sexual y reproductiva que tiene la mujer<sup>19</sup> como son la sexarquía, el nacimiento del primer hijo, entre otros.

El acompañamiento que se lleva a cabo desde la enfermería durante toda la trayectoria en la vida fértil de la mujer es innegable, pero para este escenario se observa que existe un vacío de tipo operativo más no en conocimiento y ocurre en el momento de la atención del parto, porque este procedimiento está delegado al personal médico. Sin embargo, la enfermera interviene directamente en el cuidado y detección temprana de complicaciones; en otros términos, se evidenció un desarrollo parcial con respecto a la totalidad de competencias profesionales que tienen las enfermeras que trabajan en sala de partos, esta afirmación está respaldada por estudios pertenecientes a contextos internacionales que han sido descritos por Sharma et al, en la India<sup>20</sup> y Díaz García et al, en México,<sup>21</sup> quienes aseveran que este estado es debido a las características particulares de la regulación que tiene la profesión en estos países.

Sobre la realización de PPMM, el 79,3% reportó una ejecución de “siempre o frecuentemente”, que puede obedecer a que el fenómeno de estudio trae consigo serias implicaciones personales, laborales y sociales, y precisa de la puesta en marcha de prácticas veraces que contrarresten la posibilidad de la existencia de una muerte materna. Esta característica ha sido presentada con anterioridad por otros autores<sup>18,21,22</sup> que concuerdan cómo es posible desde el cuidado materno, disminuir y prevenir el mayor número de complicaciones posibles.

Una de las PPMM más notables es la otorgada a la prevención de la hemorragia posparto durante las dos primeras horas posteriores al nacimiento (la detección de los signos de alarma de este suceso tiene una proporción mayor al 70%), que es equivalente a la evidencia descrita a nivel mundial en donde se alude que esta situación es una de las primeras causas de muerte materna,<sup>1</sup> y es un evento en el cual la enfermera tiene importante participación, esto lo aprueban los estudios efectuados por la disciplina.<sup>22,23</sup> Sobresale en este tipo de intervenciones la protección dada a la mujer y al hijo no nato desde la relación de cuidado (enfermera-paciente).

El 76,7% de la muestra expuso que nunca ha participado en proyectos o investigaciones, consideramos importante decir que este comportamiento logra darse porque esta competencia no es considerada como esencial para proporcionar cuidado. Pese a esto, autores como Varela Curto et al, <sup>24</sup> manifiestan la calidad que representa la investigación en el sentido que, profundiza el nivel de conocimiento que se tenga sobre el sujeto de cuidado, e incluso acrecienta el reconocimiento social de la enfermería para contrarrestar este problema de salud pública. Alda Orellana y Sanhuesa A, <sup>25</sup> han reportado en torno a esta realidad que el apoyo y la motivación institucional son cruciales para investigar, al respecto vale la pena exponer que las respuestas abiertas no evidenciaron una postura detallada que explicará este rasgo, por lo cual valdría la pena profundizar en futuros estudios.

Sí bien este estudio reconoce la comprensión integral por parte de las enfermeras alrededor de la atención de la mujer en el curso de su vida, no está exento de limitaciones; como las que hacen referencia a que las tres instituciones participantes en el estudio son públicas, por lo que, al no contar con la subscripción de instituciones privadas, desconocemos sí las enfermeras de estas instituciones aportarían los mismos resultados. Además, el estudio mantuvo un muestreo por conveniencia debido a la especificidad de los criterios de inclusión establecidos para el ingreso de las participantes.

## CONCLUSIONES

El conocimiento especializado actualizado y la gestión del cuidado dados en el marco del trabajo multidisciplinario son importantes para llevar a cabo la ejecución de PPMM en la atención que las enfermeras proporcionan a la mujer en edad fértil durante la preconcepción, la gestación, el parto y el posparto desde los diferentes escenarios donde ejercen su ejercicio profesional.

La presencia de la enfermera en el primer nivel de atención en salud favorece la puesta de marcha de prácticas encaminadas a la detección temprana de complicaciones, y a la educación para la salud a nivel individual y familiar, que contribuyen a contrarrestar la ocurrencia de morbimortalidades relacionadas con la dimensión sexual y reproductiva de la mujer en edad fértil.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés para este estudio.

## Agradecimientos

A los asesores institucionales y a las profesionales de enfermería de las tres instituciones participantes.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Mortalidad materna, nota descriptiva [internet]. Suiza; 2016 [22 de octubre de 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>
2. Organización Mundial de la Salud (OMS). Objetivos de Desarrollo Sostenible del Milenio. Objetivo 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades [internet]. Suiza; 2015. [22 de octubre de 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/sustainable-development-goals/targets/es/>
3. MINSALUD. Análisis de la Situación de Salud en Colombia (ASIS) [internet]. Bogotá; 2015 [20 de octubre de 2017]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-2015.pdf>.
4. PROFAMILIA, MINSALUD. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. [internet]. Bogotá; 2016 [20 de octubre de 2017]. Disponible en: <http://profamilia.org.co/docs/Libro%20RESUMEN%20EJECUTIVO.pdf>.
5. Secretaría Distrital de Salud. Sistema de Estadísticas Vitales (boletín preliminar) [internet]. Bogotá; 2017 [10 de octubre de 2017]. Disponible en: <http://www.saludcapital.gov.co/sitios/VigilanciaSaludPublica/Protocolos%20de%20Vigilancia%20en%20Salud%20Publica/Documento%20Preliminar%20Diagn%C3%B3stico%20Distrital%202010.pdf>.

6. Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. Plan Territorial de Salud. [internet]. Bogotá; 2016-2020 [14 de agosto de 2017]. Disponible en: <http://www.sdp.gov.co/portal/page/portal/PortalSDP/PlanDistritalDesarrollo/Documentos>
7. Guarnizo-Tole M, Acosta Rico S, Bejarano Beltrán N, Bejarano Beltrán M, Castiblanco López N, Castañeda L, et al. Guía de cuidado de enfermería en control prenatal EBE. [internet]. Bogotá; 2015 [12 de octubre de 2017]. Disponible en: <http://www.saludcapital.gov.co/DDS/Paginas/GuiasdeCuidadodeEnfermeria.aspx>
8. Cobo-Mejía E, Quino-Ávila A, Díaz-Vidal D, Chacón-Serna M. Validez de apariencia del Gross Motor Function Measure – 88. *Revista Universidad y salud*. 2014; 16(1): 47-59.
9. Tristán-López A. Modificación al Modelo de Lawshe para el dictamen cuantitativo de la validez de contenido de un instrumento objetivo. *Avances en Medición*. 2008; 6:37-48.
10. MINSALUD. Resolución 008430. [internet]. Bogotá; 1993 [14 de octubre de 2017]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>
11. World Medical Association. Declaration of Helsinki, Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. *JAMA*. 2013; 310(20): 2191–2194
12. Castañeda Guillot C, Romero Viamonte K. La Atención Primaria de Salud y la Enfermería. *Episteme*. 2016; 3(3): 1-18.
13. Barco Díaz V, Ramírez Martínez M, Álvarez Figueredo Z. La superación continua de enfermería y su contribución al desempeño de excelencia. *Revista Cubana de Enfermería* [internet]. 2017 Abr 4 [citado 14 Oct 2017]; 33(1): 7 p. Disponible en: <http://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1095/234>
14. Martínez Trujillo N, Torres Esperón E. La interdisciplinariedad en enfermería y sus oportunidades de aplicación en Cuba. *Revista Cubana de Enfermería*. [internet] 2014 Ago 7 [citado 14 Oct 2017]; 40(1): 85-95. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rcsp/v40n1/spu10114.pdf>
15. Moreno Mojica C, Rincón Villa Mil T, Arenas Cárdenas Y, Sierra Medina D, Cano Quintero A, Cárdenas Pinzón D. La mujer en posparto: Un fenómeno de interés e intervención para la disciplina de enfermería. *Revista Cuidarte*. 2014; 5(2): 739-747
16. Guerrero Pasijojoa V, López Vallejo A, Mavisoy Fajardo S, Rodríguez Zambrano K, Rosero Pantoja C, Acosta M. Desempeño del profesional de Enfermería en el área

- asistencial en una Institución de salud de la ciudad de Pasto – Nariño 2009 - 2010. UNIMAR. 2010; 28(3) 45-50.
17. Alarcón-Cerón M. Modelo integrador de enfermería: una estrategia para la Atención Primaria a la Salud. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc* 2013; 21(1): 35-40
  18. Bloch JR, Zupan S, McKeever AE, Barkin JL. Perinatal nurse home visiting referral patterns among women with diabetes and hypertension in Philadelphia. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2016; 46(1): 29-39
  19. González-Sanz J, Barquero González A, Sánchez Martín M, Hidalgo Hidalgo M, León López R. Satisfacción de gestantes y acompañantes en relación con el Programa de Educación Maternal en Atención Primaria. *Matronas Profesión*. 2017; 18(1): 27-33.
  20. Sharma B, Johansson E, Prakasamma M, Mavalankar D, Christensson K. Midwifery scope of practice among staff nurses: A grounded theory study in Gujarat, India. *Midwifery*, 2013; 29(6): 628-636
  21. Díaz García S, Zavala Suárez E, Ramírez Hernández C. Evaluación de las competencias en enfermería como reflejo de calidad y seguridad en la mujer embarazada. *CONAMED*. 2013; 18(3): 104-110
  22. Álvarez-Franco C. Cómo describen el cuidado de enfermería las mujeres que presentaron hemorragia postparto. *Aquichan*, 2013; 13(1): 17-26
  23. Kerr NL, Hauswald M, Tamrakar SR, Wachter DA, Baty GM. An inexpensive device to treat postpartum hemorrhage: a preliminary proof of concept study of health provider opinion and training in Nepal. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 2014; 14, 81.
  24. Varela Cuto M, Sanjurjo Gómez M, Blanco García F. La investigación en enfermería. *Rol de Enfermería*. 2012; (121):19-21.
  25. Alda Orellana Y, Sanhueza AO. Competencia en investigación en enfermería. *Ciencia y enfermería*. 2011; 17(2): 9-17.

**Tabla 1. Estructura del cuestionario PRACEPMME1**

<b>A. CONOCIMIENTO DEL SUJETO DE CUIDADO</b>	
1	Conoce los aspectos a tener en cuenta en el momento de valorar a una mujer en edad fértil, gestante o en posparto. <i>Mencione algunos de ellos:</i>
2	Identifica el riesgo relacionado con la salud física de la mujer durante la valoración realizada en la preconcepción, la gestación y el posparto.
3	Identifica el riesgo psicosocial de la mujer en los diferentes momentos de su vida (la preconcepción, la gestación y el posparto).
4	Valora los paraclínicos, las imágenes diagnósticas, las pruebas de bienestar fetal y entre otros, con el fin de realizar intervenciones que respondan a las necesidades de salud de la mujer. <i>Mencione algunos de ellos:</i>
5	Educa a la madre y a su grupo familiar sobre los signos de alarma característicos de cada trimestre de la gestación y en el posparto. <i>Mencione algunos de ellos:</i>
6	Conoce las causas de morbilidad materna extrema. <i>Mencione algunas de ellas:</i>
7	Conoce las causas de mortalidad materna durante la gestación y el posparto. <i>Mencione algunas de ellas:</i>
8	Conoce los aspectos relacionados con la preparación para la maternidad y la paternidad. <i>Mencione algunos de ellos:</i>
<b>B. TRABAJO MULTIDISCIPLINARIO</b>	
9	Informa al equipo de salud sobre las necesidades de salud de la mujer (gestante o posparto), para el logro de una atención oportuna y de calidad. <i>Mencione algunas de las situaciones informadas:</i>
10	Considera que los canales de comunicación en el equipo de salud del cual participa son adecuados, y contribuyen a la prevención de la morbimortalidad materna.
11	Considera que el intercambio de conocimientos en el equipo de salud del cual participa es el adecuado, y contribuye a la prevención de la morbimortalidad materna.
12	Considera que sus opiniones, juicios e intervenciones son tenidos en cuenta por el equipo de salud en los momentos de toma de decisiones <i>Si la respuesta es Nunca, mencione por qué:</i>
13	Genera y/o fortalece la realización de intervenciones encaminadas a la prevención de la mortalidad materna en su lugar de trabajo. <i>Mencione algunas de ellas:</i>
14	Contribuye a fortalecer en los integrantes del equipo de salud, los conocimientos y las destrezas asociadas con la prevención de las muertes maternas según el ámbito de desempeño profesional.
<b>C. GESTIÓN Y FUNDAMENTACION NORMATIVA</b>	
15	Conoce el marco político y normativo que rige la prevención de la mortalidad materna, y los aspectos asociados a la misma.
16	Conoce e informa a la madre y a su grupo familiar, sobre la ruta de atención a seguir para la prestación de los servicios de salud durante la gestación y el posparto.
17	Gestiona de forma oportuna e integral los procesos relacionados con la prestación del servicio de salud, según el riesgo (físico y/o psicosocial) de la mujer gestante o en posparto.
18	Participa o ha participado de acciones de vigilancia epidemiológica relacionada con la morbilidad y mortalidad materna. <i>Mencione sus aportes en esta labor:</i>
19	Realiza seguimiento mujer gestante y en posparto según las necesidades en salud presentes (durante la estancia en la institución y/o pos alta). <i>Mencione las razones:</i>
20	Enseña a la mujer y a su grupo familiar sobre los derechos y deberes en salud sexual y salud reproductiva, entre otros.
<b>D. EDUCACIÓN CONTINUADA</b>	
21	Realiza usted actualizaciones y capacitaciones sobre temáticas relacionadas con la prevención de la morbimortalidad materna. <i>Mencione algunos de los temas:</i>
22	La institución donde labora le ha ofrecido a usted eventos de educación continuada: talleres, seminarios, simposios, entre otros, espacios destinados para el fortalecimiento de competencias asociadas a la atención materna.
23	Participa en espacios destinados al abordaje de la salud materna. <i>Mencione el propósito de su participación:</i>
24	Participa o ha participado en proyectos o investigaciones relacionadas con la salud materna. <i>Mencione cual(es):</i>

**Tabla 2.** Características de la muestra

<b>Variable</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	
<b>Hospital</b>	A	35	58,3
	B	14	23,3
	C	11	18,3
<b>Servicio</b>	Consulta externa	28	46,7
	Sala de partos	17	28,3
	Hospitalización	3	5,0
	Salud pública y otros	12	20,0
<b>Nivel de atención</b>	I	49	81,7
	II	11	18,3
<b>Contrato de trabajo</b>	Indefinido	21	35,0
	Fijo	9	15,0
	Prestación de servicios	27	45,0
	Servicio social obligatorio	3	5,0
<b>Sexo</b>	Hombres	10	16,7
	Mujeres	50	83,3
<b>Edad (años)</b>	< 29	17	28,3
	30 - 49	26	43,3
	50 y más	17	28,3
<b>Máximo nivel de formación</b>	Profesional	48	80,0
	Posgrado	12	20,0
<b>Posgrado relacionado con el área</b>	Si	5	41,6
	No	7	58,3
<b>Años de egreso de pregrado</b>	1970 – 1989	13	21,6
	1990 – 2009	29	48,4
	> 2010	18	30,0
<b>Años de experiencia en atención materna</b>	0 - 10	36	60,0
	11 – 20	11	18,3
	21 y más	13	21,7



**Tabla 3.** Frecuencia de ejecución de las PPM

ÍTEM	SIEMPRE		FRECUENTEMENTE		ALGUNAS VECES		NUNCA		MEDIA	DE
	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%		
A1	45	75,0	11	18,3	4	6,7	0	0	4	,596
A2	40	66,7	17	28,3	3	5,0	0	0	4	,585
A3	42	70,0	14	23,3	4	6,7	0	0	4	,610
A4	48	80,0	8	13,3	3	5,0	1	1,7	4	,640
A5	49	81,7	9	15,0	2	3,3	0	0	4	,490
A6	36	60,0	21	35,0	2	3,3	1	1,7	4	,650
A7	40	66,7	17	28,3	3	5,0	0	0	4	,585
A8	33	55,0	18	30,0	6	10,0	3	5,0	4	,860
B9	41	68,3	18	30,0	1	1,7	0	0	4	,510
B10	17	28,3	27	45,0	15	25,0	1	1,7	3	,781
B11	25	41,7	31	51,7	4	6,7	0	0	3	,606
B12	26	43,3	25	41,7	8	13,3	1	1,7	3	,756
B13	38	63,3	17	28,3	4	6,7	1	1,7	4	,700
B14	29	48,3	24	40,0	7	11,7	0	0	3	,688
C15	21	35,0	25	41,7	11	18,3	3	5,0	3	,861
C16	38	63,3	16	26,7	5	8,3	1	1,7	4	,725
C17	44	73,3	14	23,3	0	0	2	3,3	4	,655
C18	19	31,7	12	20,0	11	18,3	18	30,0	3	1,228
C19	25	41,7	14	23,3	13	21,7	8	13,3	3	1,087
C20	34	56,7	18	30,0	5	8,3	3	5,0	4	,846
D21	16	26,7	23	38,3	12	20,0	9	15,0	3	1,015
D22	15	25,0	16	26,7	21	35,0	8	13,3	3	1,008
D23	16	26,7	6	10,0	21	35,0	17	28,3	2	1,162
D24	3	5,0	3	5,0	8	13,3	46	76,7	1	,804

**Tabla 4.** Nivel de relación entre el hospital y las variables centrales del estudio

$\chi^2$	Conocimiento del sujeto de cuidado	Trabajo multidisciplinario	Gestión y fundamentación normativa	Educación continuada
<b>Hospital</b>	,018	,571	,022	,246
<b>Nivel de complejidad</b>	,026	,429	,005	,042
<b>Servicio</b>	,000	,765	,023	,103

\*\* . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

\* . La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

**Tabla 5.** Nivel de relación entre las variables centrales del estudio

rs	Conocimiento del sujeto de cuidado	Trabajo multidisciplinario	Gestión y fundamentación normativa	Educación continuada
<b>Conocimiento del sujeto de cuidado</b>	1			
<b>Trabajo multidisciplinario</b>	,631**	1		
<b>Gestión y fundamentación normativa</b>	,487**	,648**	1	
<b>Educación continuada</b>	,389**	,406**	,665**	1

\*\* . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

\* . La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

**Las enfermeras y la ejecución de prácticas que previenen la muerte materna:  
Comparación en tres hospitales**

Mildred Guarnizo-Tole,<sup>1,2</sup> Candidata a Doctora en Ciencias de la Salud y del Deporte.

Hugo Olmedillas,<sup>3</sup> Doctor en Ciencias de la Actividad Física y el Deporte.

Germán Vicente-Rodríguez,<sup>2,4,5,6,7,8</sup> Doctor en Ciencias de la Actividad Física y del Deporte\*

<sup>1</sup> Facultad de Enfermería, Universidad El Bosque. Bogotá, Colombia

<sup>2</sup> Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Zaragoza, Zaragoza, España

<sup>3</sup> Departamento de Biología Funcional. Universidad de Oviedo, España.

<sup>4</sup> GENUD (Growth, Exercise, NUtrition and Development) Grupo de investigación, Universidad de Zaragoza, España.

<sup>5</sup> Facultad de Ciencias de la Salud y del Deporte (FCSD), Departamento de Fisiatría y Enfermería, Universidad de Zaragoza, España.

<sup>6</sup> Centro de Investigación Biomédica en Red de Fisiopatología de la Obesidad y Nutrición (CIBERObn), España.

<sup>7</sup> Instituto Agroalimentario de Aragón (IA2)

<sup>8</sup> Instituto de Investigación Sanitaria de Aragón (IIS Aragón), España.

\* Autor para correspondencia:

PhD Germán Vicente-Rodríguez

Faculty of Health and Sport Science. Ronda Misericordia 5, 22001-Huesca, España. Email: gervicen@unizar.es. Teléfono: 974392231

**Financiación:** El estudio no conto con ningún tipo de financiación.

**Conflicto de intereses:** Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés para este estudio.

**Recuento total de caracteres con espacio en el resumen:** 1,661

**Recuento total de caracteres con espacio en el manuscrito:** 20,965

## Las enfermeras y la ejecución de prácticas que previenen la muerte materna: Comparación en tres hospitales

### RESUMEN

**Objetivo:** Comparar la ejecución de prácticas que realizan las enfermeras para prevenir la muerte materna en tres instituciones de salud.

**Personas y métodos:** Estudio descriptivo comparativo, desarrollado en tres hospitales públicos de Bogotá (Colombia). Los Hospitales A y C, eran instituciones de I nivel, mientras que el Hospital B, de III nivel de atención. Participaron 60 enfermeras que diligenciaron un cuestionario que fue diseñado para el estudio, el software implementado para el análisis estadístico fue el SPSS 25. Correspondió a un estudio sin riesgo según la normatividad vigente.

**Resultados:** La Prueba de Kruskal Wallis determinó que existían diferencias entre los tres hospitales ( $p \leq 0,05$ ) con respecto a la implementación de este tipo de prácticas. El Test HSD de Tukey encontró que las enfermeras de los Hospitales A y C, ostentaron mayor conocimiento (4,74 y 4,37). El trabajo multidisciplinario, la gestión y fundamentación normativa fue mayor en el Hospital A (4,41 y 4,28), y menor en el Hospital B (3,84 y 3,03). La educación continuada fue similar para los Hospitales A y C (3,05 y 2,85).

**Conclusión:** La atención materna no es similar en los hospitales, por ello es importante que desde al ámbito clínico y comunitario exista la integración desde los diferentes niveles de atención, no solo para evitar la aparición de la enfermedad, sino también para facilitar la detección, el avance del riesgo y minimizar su impacto en la salud materna y perinatal.

**Palabras clave:** Cuidado de enfermería, mortalidad materna, salud materna.

## The nurses and the execution of practices that prevent maternal mortality: Comparison in three hospitals

### ABSTRACT

**Objective:** Compare the execution of practices performed by the nurses to prevent the maternal mortality in three health institutions.

**Methodology:** Descriptive and comparative study, it was developed in three public hospitals in Bogotá (Colombia). The Hospitals A and C were level I institutions, while the Hospital B was III level attention. It participated 60 nurses that completed a questionnaire designed for the study, the implemented software for the statistical analysis was SPSS 25. It corresponded to a study without risk according to the valid law.

**Results:** The Kruskal Wallis Test determined that existed differences among the three hospitals ( $p \leq 0,05$ ) related to the execution of these types of practices. The Test HSD of Turkey found that the nurses who belong to the Hospitals A and C display more knowledge (4,74 y 4,37). The multidisciplinary work, the management, and the law foundation were higher in the Hospital A (4,41 y 4,28), and lower in the Hospital B (3,84 y 3,03). The continuing education was similar for the Hospitals A and C (3,05 y 2,85).

**Conclusions:** The maternal care is not similar in the hospitals. For that reason, it is important that since the clinical and community field exists the integration from the different attention levels not only to prevent the illness appearance, but also to facilitate the detection, the risk progress and to diminish its impact on the maternal and perinatal health.

**Keywords:** Nursing care, maternal mortality, maternal health.

## INTRODUCCIÓN

La atención de la mujer en edad fértil en el marco del curso de la vida fortalece la integralidad del cuidado de enfermería, el cual es propuesto desde su plataforma epistemológica. La muerte materna se ha convertido en un indicador que evidencia el desarrollo de un país, la calidad de la atención otorgada por el sistema, y los derechos con los que nacen, crecen, viven y mueren las mujeres, entre otros. <sup>1</sup>

Es sabido que la atención sanitaria de calidad durante el embarazo y parto puede prevenir muchas de esas muertes; sin embargo, a nivel mundial solo el 64% de mujeres recibe atención prenatal cuatro o más veces a lo largo de su gestación. <sup>2</sup> Se estima que en el año 2015 en el mundo fallecieron aproximadamente 303.000 mujeres por causas asociadas a la gestación; mientras que se registraron 2,7 millones de muertes en recién nacidos durante los primeros 28 días de vida. <sup>2</sup> Además, se conoce que por diversas causas cada día, a nivel hospitalario se presentan con mayor frecuencia complicaciones que exponen a la mujer a enfermar o, a morir durante la gestación, el parto y el posparto. <sup>3</sup>

Colombia, reportó para el año 2015 una Razón de Mortalidad Materna (RMM) 72 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos, <sup>4</sup> repercutiendo esta problemática en los entornos más vulnerables y de crisis humanitaria. Mientras que las estadísticas vitales de la ciudad de Bogotá, detallan que para el año 2015 y 2016 se presentaron 36 y 24 muertes maternas por 10.000 nacidos vivos, respectivamente. <sup>5</sup>

Por los motivos mencionados, es forzoso conocer las prácticas o conductas que impiden la ocurrencia de la mortalidad materna con el fin de aplicar este conocimiento en la atención de futuras madres, <sup>3</sup> y para lo cual las enfermeras deben estar debidamente capacitadas, si se tiene en cuenta que la adecuada gestión del cuidado proporcionado, facilitará la oportunidad de identificar factores de riesgo que pueden atentar contra la vida.

La constante búsqueda de la calidad de la atención materna y el mejoramiento de sus estándares debe representar una prioridad para las profesionales que trabajan en estas instituciones de salud, <sup>6</sup> ya que desde su actuar se busca mejorar las condiciones de vida de este grupo en particular. Ante esta panorámica, este estudio comparó las prácticas efectuadas por las enfermeras que trabajan en tres hospitales en relación a la ejecución de prácticas que previenen la mortalidad materna (PPMM).

## SUJETOS Y MÉTODOS

### **Emplazamiento**

Tres hospitales públicos (Empresas Sociales del Estado E.S.E) de la ciudad de Bogotá, Colombia distribuidos de la siguiente forma. Hospital A, perteneciente a la Subred Integrada de Servicios de Salud del Suroccidente. Los Hospitales B y C, forman parte de la Subred Integrada de Servicios de Salud del Norte. La recolección de la información se generó en el periodo comprendido entre diciembre de 2015 y febrero de 2016.

### **Diseño**

Estudio descriptivo comparativo, la significancia estadística contemplada fue de ( $p=0,05$ ).

### **Variables**

Específicas: hospital donde trabajaba la enfermera.

Complementarias: el conocimiento del sujeto de cuidado, el trabajo multidisciplinario, la gestión y fundamentación normativa, y la educación continuada. Para poder dar respuesta al objetivo del estudio se procedió a la operacionalización de las variables mediante la suma de sus puntajes que fueron llevados a una escala de 0 a 5, y se determinó que el valor  $\geq 3$  se consideraría como de suficiencia.

### **Sujetos**

El muestreo fue por conveniencia, participaron 60 enfermeras que se encontraban trabajando en los servicios relacionados con la atención en salud sexual y reproductiva (SSR) de las mujeres en edad fértil.

### **Recogida de datos**

La recogida de los datos se dio por el diligenciamiento de un cuestionario denominado PRACEPMME1, que hace mención a las PPM desarrolladas por las enfermeras y que fue diseñado y validado para el estudio. El instrumento en mención presenta una consistencia interna de 0,81 y un CVI 0,93, se encuentra constituido por 24 ítems distribuidos en 4 módulos. El módulo A, fue denominado conocimiento del sujeto de cuidado (8 ítems), B. trabajo multidisciplinario (6 ítems), C. gestión y fundamentación normativa (6 ítems) y el D. educación

continuada (4 ítems). La opción de respuesta fue tipo Likert, 4 (siempre), 3 (frecuentemente), 2 (algunas veces) y 1 (nunca).

Los comités de investigación y ética de las instituciones participantes aprobaron el protocolo del estudio, el cual fue catalogado como sin riesgo según la normatividad nacional <sup>7</sup> y estuvo fundamentado en los principios éticos de respeto, la beneficencia y la justicia. <sup>8</sup> Previa firma del consentimiento informado se explicó la naturaleza del estudio, la confidencialidad y voluntariedad de la participación de la enfermera.

### **Análisis de los datos**

El análisis fue de tipo comparativo la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov, estipuló el uso de pruebas no paramétricas para este fin. Se ejecutó la Prueba de Kruskal Wallis o Test H, porque es el método más adecuado para efectuar comparaciones entre grupos cuyas distribuciones no son normales permitiendo deducir diferencias entre los tres hospitales (factor categórico). De forma posterior se ejecutó el Test de Comparación Múltiple de Tukey para encontrar en cuál de los hospitales se encontraba la diferencia en torno al fenómeno de estudio en el momento de la medición. El software estadístico implementado para llevar a cabo este análisis fue el SPSS 25.

## **RESULTADOS**

La tabla 1 describe las características sociodemográficas de las enfermeras que trabajan en los tres hospitales participantes. Los hallazgos surgidos de la comparación entre los hospitales sobre la ejecución de las PPMM se presentan en la tabla 2.

### **Conocimiento del sujeto de cuidado: Módulo A (preconcepción, la gestación y el posparto)**

En los ítems 1, 2 y 3, los Hospitales A y C registraron los valores más elevados porque sus enfermeras refirieron conocer los aspectos a valorar en la mujer, identifican el riesgo relacionado con la salud física y psicosocial. El ítem 4, expone que los tres hospitales presentan una elevada ejecución con respecto a la valoración de los paraclínicos e imágenes diagnósticas que realizan las enfermeras. En los ítems 6, 7 y 8, se reportó que las enfermeras del Hospital A,



son las que más conocen las causas de morbilidad materna extrema, de mortalidad materna durante la gestación y en el posparto; y los aspectos asociados a la preparación para para la maternidad y la paternidad.

### **Trabajo multidisciplinario: Módulo B**

En el ítem 9, los Hospitales A y B ostentan una mayor ejecución de prácticas encaminadas a informar al equipo de salud sobre las necesidades de salud de la mujer; por su parte el ítem 10, muestra que en los tres hospitales las enfermeras consideran que los canales de comunicación en el equipo de salud del cual participan son adecuados. Los ítems 11 y 12, exponen que los Hospitales A y C piensan que el intercambio de conocimientos en el equipo de salud del que hacen parte es el indicado y por eso sus opiniones, juicios e intervenciones son tenidos en cuenta en los momentos de toma de decisiones. En el ítem 13, los Hospitales A y C generan y fortalecen con mayor frecuencia la realización de intervenciones encaminadas a la prevención de la mortalidad materna. Por último, en el ítem 14, el Hospital A es el que más contribuye a fortalecer en los integrantes del equipo de salud, los conocimientos y las destrezas asociadas con la prevención de las muertes maternas.

### **Gestión y fundamentación normativa: Módulo C**

El ítem 15, resalta que las enfermeras del Hospital A son las que más dominan el marco político y normativo que rige la prevención de la mortalidad materna, y los aspectos asociados a la misma. En los ítems 16 y 17, los Hospitales A y C, comunicaron que con mayor frecuencia conocen e informan a la madre y a su grupo familiar sobre la ruta de atención a seguir para la prestación de los servicios de salud, y gestionan procesos según el riesgo diagnosticado (físico y/o psicosocial) a la mujer con la finalidad de direccionar su asistencia oportuna e integral.

El ítem 18, reporta baja participación de las enfermeras en acciones de vigilancia epidemiológica relacionada con la morbilidad y mortalidad materna, siendo levemente mayor en el Hospital A. En los ítems 19 y 20, los tres hospitales presentaron valores diferentes, sin embargo, es el Hospital A, el que más realiza acciones de seguimiento a la mujer gestante y en posparto según las necesidades en salud (durante la estancia en la institución y/o pos alta); y en la enseñanza a la mujer y a su grupo familiar sobre los derechos y deberes en salud sexual y salud reproductiva, entre otros.

## **Educación continuada: Módulo D**

En general los ítems pertenecientes a este módulo reportaron bajos promedios. A continuación, se detalla su comportamiento.

En el ítem 21, las enfermeras que trabajan en los Hospitales A y C, realizan pocas actualizaciones y capacitaciones sobre temáticas relacionadas con la prevención de la morbilidad materna. El ítem 22, los tres hospitales reportaron valores diferentes, aunque es el Hospital A, quien con mayor frecuencia ha ofrecido eventos de educación continuada a sus enfermeras (talleres, seminarios, simposios) y otros espacios destinados para el fortalecimiento de competencias asociadas al fomento de la salud materna. Una frecuencia igual y muy baja, despliegan los tres hospitales en los ítems 23 y 24, alrededor de la participación de sus enfermeras en escenarios direccionados al abordaje de la salud materna, y a su inclusión en proyectos o investigaciones propias del área.

### **Otras pruebas estadísticas**

La prueba de Kruskal-Wallis arrojó con respecto a la variable de agrupación (hospital), que efectivamente existen diferencias estadísticamente significativas sobre la ejecución de PPMM, implicando que al menos dos de ellos son diferentes (tabla 3).

La prueba de comparaciones múltiples o Prueba de Tukey reportó que el conocimiento del sujeto de cuidado es similar y mayor en los Hospitales A y C, y diferente y menor al del Hospital B. El trabajo multidisciplinario desarrollado por las enfermeras fue menor y equivalente para los Hospitales B y C. La gestión y fundamentación normativa es mayor y similar en los Hospitales A y C. Por último, la educación continuada en el área es mayor y afín en los Hospitales A y C (tabla 4).

## **DISCUSIÓN**

Los hallazgos hacen notorio como en el trabajo llevado a cabo por las enfermeras en las instituciones de salud difiere sobre el manejo de una problemática de salud pública como lo es, la mortalidad materna. Para este estudio se destaca que son las enfermeras que trabajan en el primer nivel de atención las que registran una mayor frecuencia de ejecución de PPMM, mientras que las enfermeras que trabajan en el tercer nivel de atención lo hacen con menor frecuencia. Este comportamiento puede obedecer a que la salud pública en la actualidad aún no

se encuentra totalmente articulada a las redes de atención, lo que termina por generar una cultura netamente curativa al interior de los centros hospitalarios.

En este orden de ideas, este estudio expresa bajo los criterios de inclusión manejados que la prevención de la mortalidad materna (PMM), involucra una estrecha relación entre los niveles de atención en salud (primario, secundario y terciario), sumado a que se debe contar con el recurso humano capacitado que pueda incidir en el mejoramiento de la calidad de la atención, situación que concuerda con lo expuesto en el estudio de Guarnizo-Tole et al,<sup>9</sup> que cita como el control de este problema debe exteriorizar la participación de todos los entes sociales, en especial la integración del sistema sanitario.

Es indispensable que desde las políticas gubernamentales se genere un escenario en el que las enfermeras puedan amplificar las PPMM en los momentos de atención materna, y una perspectiva integradora (física, psicológica, social, cultural, espiritual y otras) en los ámbitos en los cuales se lleva a cabo el cuidado.<sup>9</sup>

Ahora bien, la literatura reporta que en los sitios de trabajo son desconocidas las competencias profesionales de las enfermeras, y que de permitirse su ejercicio en pleno se estaría contribuyendo en gran manera al mejoramiento de este problema.<sup>9,10</sup> Estudios internacionales detallan que las adecuadas condiciones de trabajo de este recurso humano (trabajo en equipo, relación enfermera-paciente, médico, paciente, complementado con la participación de enfermera en la toma de decisiones) están asociadas a la mejora de la salud de los pacientes, a la disminución de la mortalidad<sup>11,12</sup> y a un mejor nivel de satisfacción en la atención.<sup>11,12,13</sup> Es imperativo identificar y evaluar hasta qué punto las PPMM evitan complicaciones,<sup>3,8,14</sup> esto direccionado a potencializar su implementación en las instituciones de salud pero de forma equitativa, que respalde la salud de la mujer y por consiguiente de la sociedad en general.

Conviene resaltar que desde la disciplina de enfermería existe un constante interés<sup>15</sup> por buscar desarrollar una práctica integral que parta del precepto, que sobre el curso de vida de la mujer inciden factores de diversa índole. Por este motivo, la PMM a nivel institucional por parte de las enfermeras debe vislumbrarse como un proceso en el cual sobresale la articulación intersectorial e interinstitucional para facilitar su abordaje en la preconcepción, la gestación y la primera infancia.<sup>16</sup> Es decir, la mejora de la atención dada a las madres y a los neonatos se dará en la medida que los gobiernos optimicen una mayor formación, regulación,

gestión <sup>17</sup> y autonomía que permita a las enfermeras participar de forma activa y continua en los espacios destinados a contrarrestar este fenómeno de elevado impacto social.

Los hallazgos nos llevan a afirmar que la identificación y gestión del riesgo en el estado de la salud física y psicosocial que efectúan las enfermeras, no solo depende de la participación activa de las profesionales y de la mujer con respecto a su salud; sino a la interacción que tiene este binomio con el sistema en el cual se desarrolla la vida. El estudio de Coronado-Vázquez et al, <sup>18</sup> manifiesta de modo similar la importancia de establecer una cultura de prevención y seguridad a nivel institucional, y en el recurso el encargado de la atención por medio de un enfoque diferencial para el fortalecimiento de la salud materna y perinatal. <sup>19</sup>

Llama la atención que las condiciones de trabajo de las enfermeras tienen relación con la forma bajo la cual se proporciona la atención de la mujer, para este estudio trabajar en el primer nivel de atención permite efectuar un mayor nivel de PPMM. Este hallazgo fue documentado por González-Sanz et al, que señala la importancia de la preparación para la maternidad y la paternidad, y como desde este espacio es posible empoderar a la mujer y a su grupo familiar sobre la experiencia de convertirse en madre. <sup>13</sup> Otros estudios puntualizan como en este nivel de atención se puede realizar seguimiento y reforzar los cuidados maternos y neonatales, siendo factible disminuir el número de reingresos durante el posparto <sup>20,21</sup> en los contextos más vulnerables, como lo son, los sitios en los cuales tiene presencia las instituciones participantes en el estudio.

A partir esta panorámica, las instituciones de salud han de tener en claro que desde la atención terciaria es fundamental la vigilancia y seguimiento de las personas que acceden por este tipo de cuidado, esto con el propósito de implantar de forma oportuna medidas terapéuticas y de rehabilitación. <sup>22</sup> Para las enfermeras también es un escenario bajo el cual es probable minimizar los efectos que trae consigo la alteración del bienestar materno perinatal, y por ende sus aspectos asociados como lo son, la autopercepción y percepción sobre su estado de salud, las medidas de autocuidado disponibles para aplacar la gravedad de su condición, las recaídas, la detección, la supresión de riesgos potenciales para la salud materna y fetal, el vínculo madre – hijo y grupo familiar, la atención humana y confiable, entre muchas otras más.

También se adiciona la mayor conciencia de la sociedad en general y de las profesionales <sup>15</sup> encargadas del cuidado de la mujer en este momento de la vida, las cuales deben estar presentes en la coordinación y dirección de los servicios que proporcionan cuidado materno y, en salud sexual y reproductiva <sup>23</sup> a la mujer. Un estudio desarrollado por Rodrigues

et al, estipula que es la enfermera quien debe ser gerente del cuidado, incentivando a la ejecución de planes de cuidado individualizado que abonan a la asistencia desde un enfoque biopsicosocial, que se respalda en el uso de tecnologías livianas <sup>24</sup> como acontece durante la valoración y realización de procedimientos.

La correcta articulación del recurso humano al cumplimiento de las metas institucionales y de país, con un alto compromiso social debe propender por el desarrollo de estrategias a nivel personal y laboral <sup>25</sup> donde sea posible el empoderamiento de las acciones a desarrollar según corresponda sus funciones. En respuesta a esto, es viable encontrar que las enfermeras solicitan tener el mismo reconocimiento que tienen otros profesionales, sin embargo, otro estudio concluyo lo contrario, al mencionar como las matronas o posgraduadas se constituyen en uno de los recursos humanos de mayor connotación en el área, <sup>13</sup> circunstancia que deduce que el valor social de la enfermería es diverso en los entornos donde se efectúa este tipo de cuidado.

Otros estudios que tienen relación con este campo, reportan que la insatisfacción laboral, la sobrecarga de pacientes, el agotamiento puede deteriorar la seguridad del paciente; mientras que entre mejor sean las condiciones de trabajo, mayor será la calidad del cuidado <sup>11, 26</sup> y la relación interpersonal como eje principal de dicha práctica. <sup>27,28</sup> Hay que proveer condiciones adecuadas de comunicación, trabajo en equipo, liderazgo <sup>29</sup> donde la enfermera no se perciba solo como el complemento de las acciones médicas <sup>30</sup> o de satisfacción de necesidades <sup>31</sup> al interior de los equipos multidisciplinarios, los cuales deben visibilizar el aporte y suma de cada uno de los profesionales que confluyen en una situación específica. <sup>25</sup>

En otros términos, la salud materna converge a la sociedad en general, de ahí que las instituciones de salud incentiven y provean los recursos materiales y humanos, para que las personas que hacen uso de sus servicios logren un mayor control y mejoría de su propia salud. <sup>22</sup> Los hallazgos expuestos en este contexto despliegan una diferenciación sobre el tipo de PPMM, en el sentido que mientras dos instituciones (Hospitales A y C) contribuyen a evitar la enfermedad materna, la tercera (Hospital B) se enfoca en desarrollar acciones de prevención terciaria, porque la atención de enfermería se proporciona en la gran mayoría de los casos a mujeres en estado de enfermedad, en las que se busca el restablecimiento de su salud y la disminución de otras complicaciones.

De acuerdo a lo planteado, el abordaje intersectorial y la reorientación del sistema destinado a cubrir la atención de la trayectoria fértil de la mujer, teniendo en cuenta la naturaleza

de la disciplina, permitirá que las instituciones de salud basen el cuidado ofrecido a sus pacientes en la evidencia empírica aportada por enfermería<sup>15</sup> para con ello sentar precedentes, reforzar y conquistar este espacio de asistencia profesional.<sup>24</sup>

Sobre las limitaciones topadas en este estudio se detalla que su naturaleza comparativa está delimitada para tres instituciones de carácter público, situación que interfiere en la elaboración de este tipo de apreciaciones con respecto a las de naturaleza privada. Las futuras investigaciones en el área deben centrarse en evaluar y replicar las experiencias exitosas reportadas por diferentes instituciones de salud sobre el tema, sumadas a considerar las condiciones bajo las cuales las enfermeras trabajan en los servicios objeto de interés.

## CONCLUSIONES

Pese a que el concepto de salud y cuidado de enfermería resalta desde su objeto de ser, la integralidad de la atención con respecto a la prevención de las muertes maternas, se encontró que a nivel de las instituciones este comportamiento no es similar, puesto que para este estudio son las enfermeras que trabajan en las instituciones de primer nivel de atención quienes con mayor frecuencia ejecutan PPM.

Es de vital importancia abordar en profundidad las condiciones bajo las cual se desarrolla el ejercicio profesional de las enfermeras, en el sentido que a nivel de las instituciones de salud el acto del cuidado debe comprenderse como una práctica integral que toma medidas no solo para prevenir la enfermedad, sino para reducir la presencia de factores de riesgo, interrumpir su progreso y aminorar las consecuencias una vez se presentan en la vida fértil de la mujer.

**AGRADECIMIENTOS:** A las enfermeras de las instituciones participantes en el estudio.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Rodríguez Rojas Y, Rodríguez Hernández A. Análisis de la mortalidad materna desde los determinantes sociales en los países de latinoamérica y del caribe. *Revista Movimiento Científico*. 2012; 6(1): 132-143.
2. OMS. Centro de prensa. La OMS señala que las embarazadas deben acceso a la atención materna. [Online]. Ginebra; 2016 [citado 2017 Nov 8]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/antenatal-care-guidelines/es/>
3. Guerra Gutiérrez C, Muñoz Paredes P, Ospino Muñoz A, Varela Púa A, Vega Hernández L. Morbilidad y mortalidad materna en una institución de salud en el año 2012. *Uninorte*. 2014; 30(2): 217-226.
4. PROFAMILIA , MINSALUD. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. [Online]. Bogotá: PROFAMILIA; 2016 [citado 2017 Jun 27]. Disponible en: <http://profamilia.org.co/docs/Libro%20RESUMEN%20EJECUTIVO.pdf>
5. Secretaría Distrital de Salud. Sistema de Estadísticas Vitales (boletín preliminar). [internet]. Bogotá: SDS; 2017 [citado 2017 Sep 10]. Disponible en: <https://goo.gl/xExNfS>
6. Hernández-Betancur A, Vásquez-Truisi M. El cuidado de Enfermería comprometido: Motor en la satisfacción de la gestante durante el control prenatal. *Universidad y salud*. 2015; 17(1): 80-96.
7. MINSALUD. Resolución 008430. (edición digital). Bogotá; 1993. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF> [acceso: 28/10/2017]
8. World Medical Association. Declaration of Helsinki, Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. *JAMA*. 2013; 310(20): 2191–2194.
9. Guarnizo-Tole M, Olmedillas H, Vicente-Rodríguez G. Evidencia del aporte proporcionado desde el cuidado de enfermería a la salud materna: Revisión sistemática. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2018; 44(2): 347-360.
10. Martínez Bueno C. Prescripción enfermera: más barreras para cuidar a las mujeres. *Matronas Prof*. 2016; 17(1): 4-5.
11. Aiken L, Sermeus W, Van den Heede K, Sloane D, Griffiths P, Moreno-Casbas M, et al. Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ*. 2012;(344): e1717.

12. Kutney-Lee A, McHugh M, Sloane D, Cimiotti J, Flynn L, Felber Neff D, et al. Nursing: a key to patient satisfaction. *Health Affair (Millwood)*. 2009; 28(4): 669-677 p.
13. González-Sanz J, Barquero González A, Sánchez Martín M, Hidalgo Hidalgo M, León López R. Satisfacción de gestantes y acompañantes en relación con el Programa de Educación Maternal en Atención Primaria. *Matronas Prof.* 2017; 18(1): 35-42.
14. Noguera Ortiz N, Pérez Ruiz C. La situación de enfermería: “un milagro de vida” en la aplicación integral del concepto de duelo. *Avances en enfermería*. 2014; 22(2): 306-313
15. Taborda Ortiz A. Rol de enfermería en la vinculación de los padres en el cuidado y adaptación del infante prematuro. *Revista Cuidarte*. 2013; 4(1): 540-543.
16. Caicedo Martínez N, Silva Viviescas C, Gómez Dávila J. Avances y retos en la implementación de la estrategia AIEPI en Medellín. 2012-2015. *Revista Pediatría*. 2017; 50(3): 62-67.
17. Hoop-Bender P, Bernis L, Campbell J, Downe S, Fauveau V, Fogstad H, et al. Improvement of maternal and newborn health through midwifery. *The Lancet*. 2014; 384(9949): 1226-1235.
18. Coronado-Vázquez V, García-López A, López-Sauras S, Turón Alcainec J. Implicación de las enfermeras en la gestión de riesgos y la seguridad del paciente en Atención Primaria. *Enfermería Clínica*. 2017; 27(4): 246-250.
19. Bula Romero J, Galarza K. Mortalidad materna en la gestante Wayúu de Uribia, Departamento de la Guajira, Colombia. Estudio descriptivo 2016. *Enfermería: cuidados humanizados*. 2017; 6(1): 46-53.
20. Limia Redondo S, Sanz Díaz C, Pérez Martínez E, Cruz Martín B, Vicente López A, Pacheco Ardila F. Puesta en marcha del informe de alta emitido por matronas en el puerperio de bajo riesgo. *Matronas Profesión*. 2012; 13(3-4): 90-96.
21. Olds D, Kitzman H, Knudtson M, Anson E, Smith J, Cole R. Effect of Home Visiting by Nurses on Maternal and Child Mortality. *JAMA Pediatr*. 2014; 168(9): 800-806.
22. Julio V, Vacarezza M, Álvarez C, Sosa A. Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Arch Med Interna*. 2011; 33(1): 11-14.
23. Costa Sampere D. La matrona en la gestión de la salud materno-infantil y de la salud sexual y reproductiva. *Matronas Prof.* 2016; 17(4): 128-129.
24. Rodrigues A, Rodrigues D, Viana A, Cabral L, Silveira M. Cuidado de enfermería durante el embarazo de alto riesgo: revisión integradora. *Online Braz J Nurs*. 2016; 15(3): 472-483.



25. Barrientos-Gómez J, Ángel-Jiménez G, López-Herrera F. Caracterización de los servicios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en cuatro instituciones de salud del municipio de Medellín, 2015. *Rev. Gerenc. Polit. Salud.* 2017; 16(33): 60-77.
26. Morales Correa E. *Revista ANEC.* La salud materno infantil, un reto por cumplir. 2013;(76): 2-3.
27. Glenn L, Stocker-Schnieder J, McCune R, McClelland M, King D. Caring nurse practice in the intrapartum setting: nurses' perspectives on complexity, relationships and safety. *JAN.* 2014;70(9): 2019–2030.
28. González Pascual J, Moreno Preciado M. Relaciones de poder en los Hospitales. Enfermeras y padres y madres inmigrados. *Revista de enfermería y humanidades. Cultura de los cuidados.* 2014; 18(40): 18-40.
29. Bejarano RD, Arango BG. Comunicación y coordinación en el rol interdependiente de enfermería en un hospital de Bogotá, Colombia. *Revista Colombiana de Enfermería.* 2017; 15(12): 19-30.
30. Nowicki R. La profesión enfermera y los dispositivos de poder que subordinan su práctica dentro de las organizaciones sanitarias. *Revista Iberoamericana de educación e investigación en enfermería.* 2015; 5(1): 63-69.
31. Fernández Raigada RI. Satisfacción materna con el parto y posparto relacionada con la atención hospitalaria. Tesis. Universidad de Oviedo [internet]. Oviedo; 2013 [citado 2018 Ene 10]. p. 1-53. Disponible en: <http://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/10651/28566/6/TFG%20RosaFernandezRaigada.pdf>

**Tabla 1.** Caracterización descriptiva de las participantes

<b>Hospital (n/%)*</b>	<b>Servicio donde se trabaja (n/%)</b>	<b>Complejidad de la atención (n/%)</b>	<b>Tipo de contratación (n/%)</b>	<b>Sexo (n/%)</b>
Hospital A (35/58,3)	Consulta externa (28/46,7)	Primer nivel (49/81,9)	Fijo (9/15,0)	Mujer (50/83,3)
Hospital B (14/ 23,3)	Sala de partos y hospitalización (20/33,3)	Tercer nivel (11/18,1)	Indefinido (21/35,0)	Hombre (10/16,7)
Hospital C (11/18,3)	Salud pública y otros (12/20,0)		Prestación de servicios y otros (30/50,0)	
<b>Edad (años)</b>	<b>Nivel de formación</b>	<b>Posgrado relacionado con el área</b>	<b>Tiempo de egreso (años)</b>	<b>Experiencia en el área (años)</b>
≤39 (31/51,6)	Profesional (48/80,0)	Si (5/41,7)	1970 – 1999 (20/33,3)	0 – 15 (42/70,0)
≥40 (29/48,3)	Posgrado (12/20,0)	No (7/58,3)	2000 – 2016 (40/66,6)	16 – 30 (13/22,0)
				>31 (15/8,3)

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E: Hospital A  
 Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E: Hospital B y C

**Tabla 2.** Comparación general entre hospitales sobre las PPM

ÍTEMS	Hospital A			Hospital B			Hospital C			Prueba de Kruskal Wallis (H)
	Media	Mediana	DE	Media	Mediana	DE	Media	Mediana	DE	
A1	3,94	4,00	,236	3,18	3,00	,751	3,43	4,00	,756	,000
A2	3,83	4,00	,382	3,18	3,00	,603	3,43	4,00	,756	,002
A3	3,83	4,00	,382	3,09	3,00	,831	3,57	4,00	,646	,005
A4	3,83	4,00	,568	3,55	4,00	,820	3,57	4,00	,646	,141
A5	3,94	4,00	,236	3,18	3,00	,751	3,86	4,00	,363	,000
A6	3,66	4,00	,684	3,27	3,00	,647	3,43	3,00	,514	,048
A7	3,83	4,00	,382	3,18	3,00	,751	3,43	3,50	,646	,003
A8	3,51	4,00	,919	2,91	3,00	,831	3,29	3,00	,611	,022
B9	3,77	4,00	,426	3,64	4,00	,505	3,43	3,50	,646	,143
B10	3,11	3,00	,832	3,00	3,00	,775	2,71	3,00	,611	,212
B11	3,49	4,00	,612	3,09	3,00	,539	3,21	3,00	,579	,080
B12	3,54	4,00	,657	2,82	3,00	,603	2,93	3,00	,829	,002
B13	3,77	4,00	,426	2,82	3,00	,982	3,50	4,00	,650	,002
B14	3,51	4,00	,658	3,09	3,00	,701	3,21	3,00	,699	,107
C15	3,29	3,00	,667	2,27	2,00	1,104	3,14	3,00	,770	,015
C16	3,71	4,00	,519	2,64	3,00	,924	3,71	4,00	,469	,000
C17	3,89	4,00	,323	2,91	3,00	1,044	3,71	4,00	,469	,000
C18	2,71	3,00	1,250	2,36	2,00	1,120	2,21	2,00	1,251	,366
C19	3,26	4,00	,950	2,00	2,00	,775	2,86	3,00	1,231	,003
C20	3,71	4,00	,572	2,36	3,00	1,027	3,36	3,00	,633	,000
D21	2,97	3,00	,954	2,00	2,00	1,095	2,86	3,00	,864	,034
D22	2,94	3,00	,906	2,09	2,00	1,044	2,29	2,00	,994	,021
D23	2,54	2,00	1,197	1,73	2,00	,647	2,36	2,00	1,277	,168
D24	1,31	1,00	,796	1,27	1,00	,467	1,64	1,00	1,008	,367

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E: Hospital A

Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E: Hospital B y C

**Tabla 3.** Comparación específica entre hospitales sobre las PPM

Variable	Hospital	Mediana	DE
Conocimiento del sujeto de cuidado	Hospital A	4,84	,28381
	Hospital B	4,21	,68238
	Hospital C	4,37	,51276
Trabajo multidisciplinario	Hospital A	4,58	,54374
	Hospital B	3,75	,64120
	Hospital C	3,95	,62767
Gestión y fundamentación normativa	Hospital A	4,37	,61943
	Hospital B	3,12	,86584
	Hospital C	4,27	,75338
Educación continuada	Hospital A	3,12	,92232
	Hospital B	2,50	,78380
	Hospital C	2,65	,99471

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E: Hospital A  
Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E: Hospital B y C

**Tabla 4.** Diferencias identificadas entre los hospitales

Hospital	n	Subconjunto para alfa = 0.05		p
		1	2	
<b>Conocimiento del sujeto de cuidado</b>				
Hospital A	35		4,74	,000
Hospital B	11	3,99		
Hospital C	14		4,37	
<b>Trabajo multidisciplinario</b>				
Hospital A	35		4,41	,006
Hospital B	11	3,84		
Hospital C	14	3,95	3,95	
<b>Gestión y fundamentación normativa</b>				
Hospital A	35		4,28	,000
Hospital B	11	3,03		
Hospital C	14		3,95	
<b>Educación continuada</b>				
Hospital A	35		3,05	,037
Hospital B	11	2,21		
Hospital C	14	2,85	2,85	

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E: Hospital A  
Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E: Hospital B y C

## Experiencia vivida por las enfermeras en torno a la prevención de la mortalidad materna

Mildred Guarnizo-Tole <sup>1,2</sup>

Hugo Olmedillas <sup>3</sup>

Germán Vicente-Rodríguez <sup>2,4,5,6,7,8\*</sup>

<sup>1</sup> Grupo de Investigación Salud Sexual y Reproductiva, Enfermería UNBOSQUE, Facultad de Enfermería, Universidad El Bosque. Bogotá, Colombia

<sup>2</sup> Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Zaragoza, Zaragoza, España

<sup>3</sup> Departamento de Biología Funcional. Universidad de Oviedo, Campus del Cristo B. Julián Clavería s/n Asturias, España.

<sup>4</sup> GENUD (Growth, Exercise, NUtrition and Development) Grupo de investigación, Universidad de Zaragoza, España.

<sup>5</sup> Facultad de Ciencias de la Salud y del Deporte (FCSD), Departamento de Fisiatría y Enfermería, Universidad de Zaragoza, Ronda Misericordia 5, 22001-Huesca, España.

<sup>6</sup> Centro de Investigación Biomédica en Red de Fisiopatología de la Obesidad y Nutrición (CIBERObn), España.

<sup>7</sup> Instituto Agroalimentario de Aragón (IA2)

<sup>8</sup> Instituto de Investigación Sanitaria de Aragón (IIS Aragón), España.

Dirección para correspondencia:

PhD Germán Vicente-Rodríguez

Faculty of Health and Sport Science. Ronda Misericordia 5, 22001-Huesca, España. Email: gervicen@unizar.es. Teléfono: 974392231

## Experiencia vivida por las enfermeras en torno a la prevención de la mortalidad materna

### RESUMEN

**Justificación:** El compromiso de la enfermería con la salud materna es histórico, la evidencia describe que sus prácticas contribuyen a contrarrestar la morbimortalidad materna y perinatal.

**Objetivo principal:** Interpretar la experiencia vivida de prevenir la muerte materna desde el ejercicio profesional de la enfermera, en tres instituciones de salud en Bogotá, Colombia.

**Metodología:** Estudio cualitativo soportado en la Teoría Fundamentada. La saturación teórica se logró con la ejecución de 27 entrevistas.

**Resultados principales:** Se estructuró un modelo teórico explicativo fundamentado en la gestión del cuidado de enfermería en el curso de vida de la mujer en edad fértil, siendo catalogada como esencial para la prevención de la mortalidad materna.

**Conclusión principal:** La experiencia integra una serie de pilares imprescindibles para la gestión del cuidado materno que para este caso hacen referencia a la autonomía, el trabajo en equipo, el conocimiento, la normatividad y el tipo de regulación profesional que se tiene.

**Palabras clave:** Atención de enfermería, mortalidad materna, salud materna

## Experience lived by nurses about prevention of maternal mortality

### ABSTRACT

**Justification:** The nursing commitment with the maternal health is historical, the evidence shows its contributions that help to prevent the maternal and perinatal mortality.

**Objective:** To interpret the lived experience to prevent the maternal mortality since the professional nurse practice, in three health institutions in Bogotá, Colombia.

**Methods:** It is a qualitative study supported in the Grounded Theory. The theoretical saturation was achieved with the execution of twenty-seven interviews.

**Results:** It was structured an explanatory theoretical model based on the nursing care management during the women's fertile age, being considered essential to prevent maternal mortality.

**Conclusions:** The experience consists of a series of indispensable foundations to the maternal care management that in this case has to do with the autonomy, the team work, the knowledge, the law, and the type of professional regulation that exists.

**Keywords:** Nursing care management, maternal mortality, maternal health

## INTRODUCCIÓN

A nivel mundial, la salud materna durante las últimas décadas se ha constituido en una prioridad de atención de los sistemas de salud. De acuerdo con lo expuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS) son diversas las condiciones biopsicosociales que pueden incrementar de forma negativa la posibilidad de estas mujeres de enfermar o morir. Estudios epidemiológicos internacionales reflejan que el 99% de las 287.000 muertes notificadas anualmente se presentan en los países en vía de desarrollo. Existen dos factores principales que condicionan este elevado número de defunciones; por un lado, las complicaciones presentes durante la gestación y el parto y por otro, la infección por el virus de VIH/SIDA, llegando a posicionarse estos dos eventos como la primera y segunda causa de mortalidad en este grupo poblacional.<sup>1</sup>

La necesidad de atención y por ende de provisión de cuidado por parte de la disciplina de enfermería en el curso de vida, busca incidir de forma positiva al mantenimiento de la salud materna. Desde una perspectiva de integralidad se reconoce que determinadas experiencias acumulativas que viven estas mujeres, se encuentran influenciadas por factores que son provenientes del entorno familiar, socioeconómico e incluso cultural-espiritual, entre otros; y terminan por incidir en los resultados en salud maternos y perinatales. Por tal motivo, se insta a los proveedores de atención a que desde la misma preconcepción contribuyan a contrarrestar eventos de diferente índole que pueden acrecentar esta problemática.

En el sector salud, las enfermeras son denominadas un recurso humano idóneo, capaz de liderar el cuidado integral de las mujeres en los diferentes niveles de complejidad donde se proporciona la atención;<sup>2</sup> de ahí la importancia de desarrollar este estudio porque permite indagar y comprender en mayor profundidad el comportamiento de este fenómeno que está en constante dinámica y que demanda dar respuestas certeras para su manejo al interior de la práctica disciplinar.

La experiencia vivida para este estudio hizo referencia a una forma de conocimiento que emerge de la observación, la vivencia y la participación que tiene la enfermera en su ejercicio profesional; desde el cual las prácticas repetitivas y prolongadas generan nuevos conocimientos y perfeccionan los ya existentes, permitiendo además que la experiencia sea entendida como el punto de partida del proceso cognoscitivo.<sup>3</sup> Ante lo expuesto, se pretende



interpretar la experiencia vivida en torno a la prevención de la mortalidad materna desde el ejercicio profesional de la enfermera.

## MÉTODOS

El análisis de los datos fue elaborado en el marco de lo propuesto en la Teoría fundamentada por Strauss & Corbin. Para proporcionar el debido rigor metodológico fueron tomados como referentes de validez y confiabilidad los expuestos por Guba y Lincoln,<sup>4</sup> que están direccionados a la credibilidad, la transferibilidad, la dependencia y la confirmabilidad. Los criterios de inclusión señalaron que las enfermeras debían trabajar en servicios relacionados con la atención a la mujer en edad fértil, tener un tiempo de labor en el área mayor a tres meses y permitir la realización de la entrevista en este escenario.

### Recolección de información

Se implementó la tipología de entrevista semiestructurada teniendo en cuenta su flexibilidad para aclarar ambigüedades y adaptación al contexto, previamente se elaboró una guía orientadora de la entrevista (tabla 1) que fue sometida a la valoración por seis expertos. De forma posterior y partiendo de un proceso cognitivo de razonamiento inductivo se llevó a cabo la recolección de los datos en mes de diciembre de 2015 a febrero de 2016. El marco muestral estuvo sujeto al desarrollo de las diferentes categorías identificadas, implicando que la saturación teórica se diera en el instante en el que no emergieron nuevos conceptos o teoría, lo cual ocurrió en la entrevista (n=27) cuando se observó la homogenización de la información.

### Proceso de análisis de los datos

Terminada la recolección y transcripción de las entrevistas se dio inicio al proceso de análisis de los datos, cuyo eje central radicó en la ejecución de un proceso de codificación que se constituyó en tres fases. La primera fase correspondió a la *codificación abierta*, que implicó realizar un análisis conceptual de las entrevistas (línea - línea) en la que se identificaron, nombraron y desarrollaron los conceptos referentes al tema, así como sus pensamientos, ideas y significados. La *codificación axial* facilitó la comparación constante de las relaciones existentes entre las subcategorías y categorías, o entre las mismas categorías. La *codificación*

*selectiva* permitió la teorización del fenómeno siendo posible la agrupación de los datos por medio de oraciones, que tuvieron la denominación de “hipótesis”.

Los memos implementados fueron de tipo teórico, metodológico y analítico; la sensibilidad teórica manejada por la investigadora permitió generar teoría a partir de los datos reales. El análisis se llevó a cabo en el software NVivo 11.

### **Consideraciones éticas**

El estudio fue catalogado como “Sin riesgo”,<sup>5</sup> y se cimentó en los principios éticos de respeto, la beneficencia y la justicia. Los tres hospitales participantes (Subred Integrada de Servicios de Salud del Suroccidente (Hospital A) y la Subred Integrada de Servicios de Salud del Norte: (Hospital B y C) aprobaron el desarrollo del protocolo, el cual considero la voluntariedad y confidencialidad de cada uno de los participantes. El esclarecimiento del objetivo del estudio y la firma del consentimiento informado simbolizo la aceptación de la enfermera para ser incluida en el estudio. No se tuvo ningún tipo de financiación.

## **RESULTADOS**

### **Descripción de los participantes**

La tabla 2 muestra la caracterización de las participantes. La estructura teórica explicativa del fenómeno de estudio se puede apreciar en la tabla 3, y se encuentra constituida por una categoría central denominada “*Abriendo un camino para la salud materna desde la gestión del cuidado de enfermería*”, y seis subcategorías generales que se están integradas a códigos de tipo nominal.

La teorización de la categoría central abarcó la interpretación del fenómeno en el marco de la teoría formal propiamente dicha, proceso que fue efectuado dentro de los parámetros de rigor metodológico planteados en el estudio.

### **Teorización de la categoría central**

La gestión del cuidado de enfermería es definida como la administración, la verificación y la auditoría de la prescripción del cuidado dado a la mujer en edad fértil, que es inherente al ejercicio profesional y para este caso en particular busca incidir de forma positiva desde los espacios de atención en el control de la morbimortalidad materna, fenómeno conocido por su alto

impacto social. Dentro de este escenario fueron detectadas condiciones que han sido logradas por las enfermeras y que gozan de gran reconocimiento, a la par de otras sobre las cuales la disciplina debe reafirmar a futuro planes de mejoramiento que faciliten su ejercicio liberal.

La atención de enfermería es transversal a la trayectoria de la vida fértil de la mujer y contempla durante la valoración que realiza esta profesional, los aspectos psicosociales y culturales que están presentes en el contexto de su sujeto de cuidado.<sup>6</sup> El desarrollo de la atención se efectúa desde los espacios destinados para este fin, como lo son; el control prenatal, la consulta de planificación familiar, la asesoría pre y post prueba para el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), durante las acciones de detección temprana del cáncer genito mamario, la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) y los casos asociados a la violencia sexual y de género, entre otros. En este sentido, la gestión del cuidado es vivida como una estrategia que garantiza el mantenimiento de la salud materna; contempla el curso de vida y la participación activa de las redes de apoyo.

Como elemento integrador a la gestión del cuidado se encuentra el conocimiento científico<sup>7</sup> que ostentan las enfermeras que offician esta atención, que fue adquirido durante la formación y la experiencia laboral, y concebido como una fortaleza indispensable para el desempeño y desarrollo profesional porque facilita la priorización de las prácticas descritas como esenciales<sup>2</sup> para el mantenimiento de la salud. *“El conocimiento debe ser sólido para usted poder ser respetado y reconocido en el servicio” 11.01.10.03*

Junto con lo descrito resalta la necesidad constante de transformación de la práctica disciplinar<sup>8</sup> a través del cambio en la regulación de las competencias profesionales, ya que la práctica fortalecida acrecienta la calidad del cuidado de enfermería. Entre los factores identificados que menoscaban la práctica se encuentran, la desigualdad presente en torno al nivel del conocimiento en su recurso humano en formación y en el recién egresado, la falta de mayor reconocimiento, y de representación social y política que tiene la enfermería; siendo denominados como los promotores y generadores de autonomía profesional porque reafirman el peso científico que tiene el cuidado de enfermería en el interior del sistema de salud. *“La enfermería es una profesión con diagnósticos propios y con acciones dependientes, independientes e interdependientes pero pocos lo saben. Durante mi trayectoria profesional ningún empleador me ha preguntado nada al respecto” 27.01.14.02*

Sobre la continuidad del cuidado en el área, representa un motivo de constante interés la enseñanza que se está dando al futuro recurso humano. La multiplicidad de cambios políticos,

socioculturales, educativos, económicos, entre otros que han terminado por repercutir en la preparación de estas estudiantes principalmente, en las asignaturas direccionadas al cuidado de la mujer en su salud sexual y reproductiva. Ante el desbalance de conocimiento expuesto por las profesionales en su campo laboral, se requiere gestar desde la formación la consciencia de autogestión del aprendizaje *“Es evidente que unos están mejor capacitadas que otros pero todos estudian lo mismo” 22.01.15.04*

El liderazgo y trabajo en equipo son referidos como elementos integrados a la gestión del cuidado, y tienen mayor visibilidad cuando contribuyen a la realización de prácticas de autocuidado y de prevención de eventos nocivos para la salud. Ser líder implica una permanente colaboración con otras profesiones *“Me perciben como una líder, un complemento integral del grupo” 13.01.19.03*. Mientras que el trabajo en equipo es un espacio de mutuo aprendizaje que perfecciona y delimita los roles profesionales, mejora las fortalezas y apoya a la solución de adversidades que pueden llegar a deteriorar su armonía o incidir en la atención que se proporciona *“Por eso para mí el enfoque multidisciplinar juega un papel importante, y la presencia de la enfermera y su intervención en el manejo del bajo y alto riesgo materno es fundamental” 25.01.07.02*

La experiencia en el cuidado es mayor cuando se tiene un desarrollo pleno de las competencias profesionales y humanas porque confiere la capacidad de intervenir en el momento, y en la forma de cómo se debe llevar a cabo el cuidado; incluso la faculta a proyectar a un futuro los requerimientos de cuidado que pueda tener la mujer. *“Con los conocimientos y la experiencia hay que hacer una toma correcta de decisiones ante la situación que presente la paciente” 18.01.19.03*

Las experiencias vividas generan momentos de reflexión para la vida propia de las enfermeras, y favorecen que en el acto de cuidar se proyecten las actitudes ético-morales, estéticas y humanas de la profesional, a la vez implica el reconocimiento y respeto por el otro. *“Hay que ser muy considerada con las particularidades de nuestras pacientes, todas son un mundo diferente” 23.01.17.04*

La integralidad es el resultado de un proceso formativo y humano que busca proveer un cuidado que abarque las necesidades de la mujer. También es vivido como un momento significativo que se gesta a la par de la atención,<sup>6</sup> en concordancia a que la misma plataforma epistemológica de la disciplina considera que la condición humana debe comprenderse desde

todas las dimensiones de la vida. *“A mí me enseñaron a ver a la persona como un ser biopsicosocial” 08.02.12.02*

La gestión del cuidado vigoriza la abogacía que tiene esta profesional en la defensa del derecho a la salud de su sujeto de cuidado, y del reconocimiento político y social que emanan del marco normativo que trae consigo implicaciones de diversa índole que pueden llegar a potencializar u obstaculizar la calidad de la atención. *“Damos atención a la paciente independientemente su tipo de vinculación, pero hay casos en los que ya no sé qué más hacer porque hay tantas barreras que impiden la atención ideal” 09.01.19.04*

La educación para la salud es la estrategia de mayor implementación a nivel individual y familiar para contrarrestar la morbimortalidad de la madre desde la preconcepción y de forma específica durante el embarazo, pero esta labor debe ser entregada por todo el recurso responsable de la atención. *“La parte educativa es clave para que una mamá asista y tenga adherencia al programa prenatal” 06.02.10.04*

Entre los sentimientos referidos por las enfermeras se encuentran el autoreconocimiento de su labor, que se desarrolla dentro de un proceso de gestión basado en las condiciones psicosociales de la mujer. De allí, que conocer a su sujeto de atención sea clave a la hora de generar prácticas de prevención a nivel individual y familiar para la disminución de complicaciones, el mantenimiento de la salud, entre otras intervenciones que repercuten de forma positiva en el autocuidado y cuidado materno. *“La enfermera tiene más apertura, por eso las madres nos tienen mayor confianza” 05.01.08.02*

En medio de este panorama la posibilidad de una muerte materna lleva a la reflexión sobre el importante rol que por siglos ha llevado la mujer en la sociedad, no solo por el impacto que genera al interior de la familia, sino por las consecuencias anexas a este suceso, como es la continuidad del grupo familiar y el crecimiento del hijo sin la madre. El análisis de los casos de muerte materna tiene como finalidad la búsqueda de las posibles rupturas ocurridas durante la atención proporcionada por el equipo de salud, donde es imprescindible generar planes de mejora a nivel profesional e institucional. *“Mucha tristeza, siento como si no hubiera hecho lo suficiente por esa materna” 17.01.13.01*

Alrededor de la gestión del cuidado se sitúan una serie de tendencias que de forma permanente están presentes y dinamizan el ser, saber y hacer en enfermería. Con respecto a aquellas de mayor relevancia, se señala el empoderamiento de la disciplina, que fue considerado una prioridad porque permite incentivar y mejorar la experiencia de cuidar en un mundo

globalizado, en el cual la enfermería necesita acrecentar su poder social y político; así como integrar los elementos disciplinares a su práctica. *“Sin cambios políticos de base no se podrá mejorar los problemas laborales en enfermería” 04.02.11.02; “Cuando salimos a trabajar, al hospital le importa que usted sepa cuándo una materna tiene preeclampsia pero nunca nos preguntan si sabemos el metaparadigma” 23.01.09.04*

Entre los aspectos que son sentidos como situaciones a mejorar, algunos relatos de los participantes describen la importancia de abandonar el *paternalismo del cuidado*; el cual es definido como la no contribución para la generación de una conciencia de autogestión en la paciente sobre la propia salud alrededor del periodo preconcepcional, gestacional y posnatal. Esta condición puede alimentar diversas morbilidades, porque la mujer puede verse expuesta a un factor de riesgo y no posee las herramientas “empoderamiento” para hacer frente a su situación de salud.

Cuando coexisten actitudes paternalistas en las intervenciones llevadas a cabo es factible entorpecer el desarrollo de una relación de reciprocidad alrededor del autocuidado, es claro que el deber de la enfermera es acompañar y en ningún momento llegar a sustituir o modificar la autogestión de la persona en todas las esferas de su vida. Esta situación se caracteriza por retener, limitar y hasta cierto grado debilitar el compromiso que la mujer debe tener consigo misma, porque no potencializan los mecanismos de afrontamiento para dar solución a los imprevistos ocurridos en la vida. El paternalismo se presenta cuando durante la interacción enfermera-paciente, la profesional “expone su subjetividad y percibe/acoge la subjetividad del otro.”<sup>9</sup> *“Muchas veces somos tan paternalistas que no creamos esa necesidad en ellas de autogestionar su salud” 17.01.12.02*

Junto de la reciprocidad que tiene la mujer sobre su propio cuidado, existen momentos que representan para las enfermeras un indicador del cumplimiento en el autocuidado materno, uno de ellos es la asistencia a los espacios de atención, el consumo de micronutrientes, la administración de vacunas, entre otros. Pero también pueden encontrarse situaciones bajo las cuales la mujer está ausente o no lleva una continuidad alrededor de su atención, circunstancia que la expone a riesgos de diferente índole y no permite una continuidad en el cuidado.

El seguimiento telefónico y domiciliario tiene como objetivo buscar, captar y mantener integrada a la mujer a los programas de atención específicos para ella. No se debe desconocer que tras de esta problemática no existen causas únicas, si se tiene en cuenta la interacción de las condiciones socioculturales y económicas en las que vive la persona. *“La responsabilidad*

*es repartida porque hay mujeres que por más que uno les haga seguimiento, no vienen. Como también hay otros momentos en el que puede haber negligencia del personal de salud”*  
15.01.12.01

La polifuncionalidad lleva a la delegación del cuidado directo en una importante proporción al personal auxiliar, y a desplazar estas profesionales a una labor netamente administrativa; en la que la enfermera siempre está atenta a los momentos claves de la atención que requieren de su intervención especializada. *“Soy enfermera, pero desarrollo funciones de atención al usuario y trabajo social”* 12.01.13.05

## DISCUSIÓN

Aunque se reconoce la gestión del cuidado efectuada alrededor de la atención materna, es posible afirmar que en este escenario coexiste un proceso que presenta características administrativas, que no necesariamente implican la articulación con los elementos propios de la enfermería (grandes teorías, teorías de mediano rango y proceso de atención de enfermería, y otros). Un hallazgo similar fue encontrado por Sancho Cantus et al.<sup>10</sup> que reseñan como los modelos biomedicos dominantes en las instituciones, el escaso poder político, los problemas en la autonomía y en la formación del futuro recurso humano en enfermería terminan por afectar las condiciones laborales de la profesión, y de forma concreta las relacionadas con su marco epistemológico, pese a que este último evoluciona constatemente.<sup>8, 11</sup>

Sin lugar a dudas las enfermeras luchan cada día por alcanzar un desarrollo profesional continuo y de gestión basado en un conocimiento actualizado, en el liderazgo y el trabajo en equipo;<sup>12</sup> en medio del cual se destaca la loable labor realizada a través de la educación proporcionada por estas profesionales a la mujer en esta etapa de la vida, y que ya ha sido documentada por López Araque et al.<sup>13</sup>

En el escenario de práctica “la inclusión estudiante y profesional” se da en torno de proporcionar un cuidado directo, prevenir y detectar tempranamente cualquier riesgo que pueda menoscabar la salud de la mujer y del hijo por nacer. En respuesta a lo citado, se puede ratificar que las instituciones de salud que tienen circunscrito convenios de enseñanza-aprendizaje con las universidades, se convierten en un campo integrativo para la adquisición, progreso y puesta en marcha de los conocimientos<sup>10</sup> que adquieren las enfermeras ya graduados o en formación,

porque desde allí se favorece el perfeccionamiento de las capacidades y el desarrollo integral como persona.

La renovación de la práctica en enfermería y su reafirmación en la sociedad <sup>10</sup> le demandan identificar y dar continuidad a las tendencias del cuidado a nivel mundial, siendo prioritario potencializar las competencias profesionales en los espacios de participación gubernamental para tener una mayor presencia de las enfermeras en los asuntos relacionados con las decisiones que convergen a la disciplina. <sup>14</sup>

El recurso humano y las instituciones prestadoras del servicio de salud deben encaminar sus acciones en pro del fortalecimiento de una cultura de *autogestión sobre la propia salud*, <sup>15</sup> para potencializar una relación de corresponsabilidad con el autocuidado materno y no de dependencia con la profesional.

Un aspecto que llama la atención lo representan los significados elaborados alrededor del liderazgo, el cual fue expresado como una parte propia de la labor pero que exterioriza un sentido servil <sup>11</sup> y polifuncional, que es obrado como mecanismo de reconocimiento en el equipo de salud. Otros autores <sup>16, 17</sup> expresan, que desde el mismo interior de la disciplina se puede estar contribuyendo a esta situación, porque la heterogeneidad de los programas de pregrado y posgrado puede llegar a ocasionar que el desempeño profesional se dé desde un rol limitado, que impide o modifica su proyección con respecto a otros profesionales.

La literatura señala que la falta de claridad en el escenario laboral sobre las prácticas autónomas que las enfermeras pueden realizar, llegan a probar la falta de identidad profesional, la cual es concebida como un indicador del grado de profesionalización de la disciplina, <sup>17</sup> puesto que se tiene claro que el compartir la ejecución de intervenciones no debe limitar la toma libre de decisiones, ni la gestión del cuidado.

Se requiere de profesionales que al salir al mercado laboral tengan consciencia de cambio para no seguir replicando los esquemas ya establecidos a nivel social. Desde el aula de clase es viable lograr esto, pero es forzoso que los docentes, los estudiantes y el sistema estén comprometidos con la mejora de sus cualidades personales y profesionales. <sup>18</sup>

Sobre las futuras líneas de investigación valdría la pena profundizar en la percepción que tienen los entes gubernamentales sobre la disciplina.



## **Limitaciones**

Solo se tuvo la participación de instituciones de salud públicas. El realizar las entrevistas en el escenario laboral, demando que en determinadas oportunidades se presentaran interrupciones por lo que fue necesario el agendamiento de una nueva entrevista.

## **CONCLUSIONES**

La experiencia vivida alrededor de la prevención de la mortalidad materna está articulada a la gestión que la enfermera realiza para poder cuidar de su sujeto, y en la cual existe una conciencia del aporte efectuado al mantenimiento de la vida, no solo durante la gestación, sino desde toda la trayectoria fértil de la mujer. Sin embargo, sobresale en torno al fenómeno que las condiciones de reconocimiento y el valor dado por parte del estado, y de la sociedad a la disciplina no son las mejores teniendo en cuenta que esta profesión se ha caracterizado históricamente por cuidar a la mujer, al hijo por nacer y al grupo familiar.

Sin una plataforma política que acreciente la transformación de la práctica en enfermería, difícilmente se podrán consolidar las tendencias que en la actualidad sigue la disciplina, como lo es el fortalecimiento de la autonomía, el liderazgo y una mayor representatividad social y política.

## **Conflicto de intereses**

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés para este estudio.

## BIBLIOGRAFÍA

1. OMS. Salud de la mujer, nota descriptiva N° 334 (edición digital). Suiza; 2013. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs334/es/> (acceso: 20/10/2017).
2. UNFPA. Protocolos para la atención de enfermería a la salud sexual y reproductiva de la mujer (edición digital). Bogotá; 2014. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SM%20-Protocolos-de-enfermeria.pdf> (acceso: 28/10/2017).
3. Laza Vásquez C, Pulido Acuña G, Castiblanco Montañez R. La fenomenología para el estudio de la experiencia de la gestación. *Enfermería Global*. 2012;(28): 1-11.
4. Guba E, Lincoln Y. *Effective evaluation: improving the usefulness of evaluation results through responsive and naturalistic approaches* San Francisco: Jossey-Bass; 1981
5. MINSALUD. Resolución 008430. (edición digital). Bogotá; 1993. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF> (acceso: 28/10/2017).
6. Guarnizo-Tole M, Castiblanco López N, Echandía Daza E, Castañeda L, Castañeda P, Cogollo R, et al. Guía de cuidado de enfermería en la detección del riesgo psicosocial (edición digital). Bogotá; 2015. Disponible en: <http://www.saludcapital.gov.co/DDS/Paginas/GuiasdeCuidadodeEnfermeria.aspx> (acceso: 29/10/2017).
7. Borré-Ortiz Y, Lenis-Victoria C, Suárez-Villa M, Tafur-Castillo J. El conocimiento disciplinar en el currículo de enfermería: una necesidad vital para transformar la práctica. *Rev. Cienc. Salud*. 2015; 13(3): 481-491.
8. Durán de Villalobos M. La teoría, soporte de la ciencia y práctica de enfermería: tendencias. *Avances en Enfermería*. 2012, Bogotá; 30(1): 9-12
9. Dias Araújo Nunes E, Santana da Silva L, Oliveira Ramos Pires E. La enseñanza superior de enfermería: implicaciones de la formación profesional para el cuidado transpersonal. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. (edición digital). São Paulo, 2011; 19(2): 9p. Disponible en: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/es\\_05.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/es_05.pdf) (acceso: 27/10/2017).
10. Sancho Cantus D, Prieto Contreras L. Teorías y modelos en la práctica enfermera. ¿Un binomio imposible? *Enfermería Global*. 2012; 11(27): 292-298

11. Campos Pavone Zoboli E, Cabral Schweitzer M. Valores de la enfermería como práctica social: una metasíntesis cualitativa. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. São Paulo, 2013; 21(3): 9p. Disponible en: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n3/es\\_0104-1169-rlae-21-03-0695.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n3/es_0104-1169-rlae-21-03-0695.pdf)
12. Soto-Fuentes P, Reynaldos-Grandón K, Martínez-Santana D, Jerez-Yáñez O. Competencias para la enfermera/o en el ámbito de gestión y administración: desafíos actuales de la profesión. *Aquichan*. 2014; 14(1): 79-99.
13. López Araque A, Linares Abad M, López Medina M. Percepción de síntomas en primigestas con embarazo en vías de prolongación. *Index de Enfermería (edición digital)* 2015; 24(1-2): 4p. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962015000100008](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962015000100008) (acceso: 30/10/2017).
14. Moriel-Corral L, Pizarro N, Hernández-Hernández H, Bonilla-Loyo E. Empoderamiento de enfermería como profesión y sujeto social: caso Chihuahua. *Revista de Comunicación de la SEECI*. 2012; 27: 30-38
15. Bonilla MA, Sánchez CM, Cabal EV, Vargas EL, Valle BR, Guarnizo-Tole M, et al. *Modelo de prestación de servicios de enfermería centrados en la persona y su familia*. Bogotá: Universidad El Bosque; 2016
16. Garavito Gómez A. La formación integral de estudiantes de enfermería. *Investigación, imagen y desarrollo en enfermería*. 2013; 15(2): 153-172.
17. Cavada Bustamante N. El rol autónomo en enfermería [internet]. Cantabria; 2014 [26 octubre 2017]. Disponible en: <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/5199/CavadaBustamanteNC.pdf?sequence=1>
18. Escobar Potes M, Franco Peláez Z, Duque Escobar J. El autocuidado: Un compromiso de la formación integral en educación superior. *Revista hacia la promoción de la salud*. 2011; 16(2): 132-146.

**Tabla 1.** Esquema general de la guía orientadora de la entrevista

Código participante: Fecha:	Ámbito de desempeño profesional:
Sexo:	Edad:
Máximo nivel de formación: _____	Tiempo de experiencia en atención materna: _____
De tener posgrado especificar cuál.	
Hora de inicio: Hora de cierre:	Servicio:
<i>Conocimiento que se tiene sobre la valoración a la mujer en los diferentes momentos del continuo de vida.</i>	¿Cómo aplica los conocimientos adquiridos durante su proceso formativo y experiencia laboral en la prevención de las muertes maternas desde su área de desempeño?
<i>Contexto del trabajo multidisciplinario de la enfermera durante la atención dada a la mujer en edad fértil.</i>	¿Cómo percibe su rol en el interior de su equipo de trabajo, y como cree que el grupo define su labor?  ¿Considera que sus condiciones laborales le permiten el desarrollo de prácticas orientadas a la prevención de la mortalidad materna?
<i>Conocimiento y apropiación. Fundamentación de la normativa relacionada con la atención dada a la mujer en los diferentes momentos del continuo de vida.</i>	¿Cómo realiza usted la gestión del cuidado para prevenir la mortalidad materna?
<i>La educación continuada ejecutada por la enfermera, que es requerida para la atención a la mujer en edad fértil.</i>	¿Cuál es la importancia que usted le da a mantener actualizado su conocimiento, relacionado con la prevención de las muertes maternas dentro de la labor que desempeña?
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ¿Cómo se sintió participando en esta entrevista?</li> <li>▪ ¿Tiene algún comentario sobre la entrevista?</li> <li>▪ ¿Considera que debe referir algún aspecto que no se haya contemplado?</li> </ul>	
<i>Agradecimiento por la participación</i>	
<i>Descripción del caso:</i> realizar inmediatamente terminada la entrevista. Sitúe esta información como introducción a la entrevista.	

Fuente: Datos del estudio

**Tabla 2.** Caracterización de las participantes

<b>Sexo</b>	<b>Edad (años)</b>	<b>Máximo nivel de formación</b>	<b>Experiencia en salud materna (años/meses)</b>	<b>Ámbito actual de desempeño profesional</b>
Hombres 3	Menores de 30: 7	Profesional: 15	Menor de 5: 10	Consulta externa: 18
Mujeres 24	Entre 30 y 45: 10	Especialista: 10	Entre 5 y 15: 7	Sala de partos y hospitalización: 6
	Mayores de 46: 10	Magíster: 2	Entre 16 y 30: 8	Salud pública y otros: 3
			Más de 31: 2	

Fuente: Datos del estudio

## ABRIENDO UN CAMINO PARA LA SALUD MATERNA DESDE LA GESTIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA

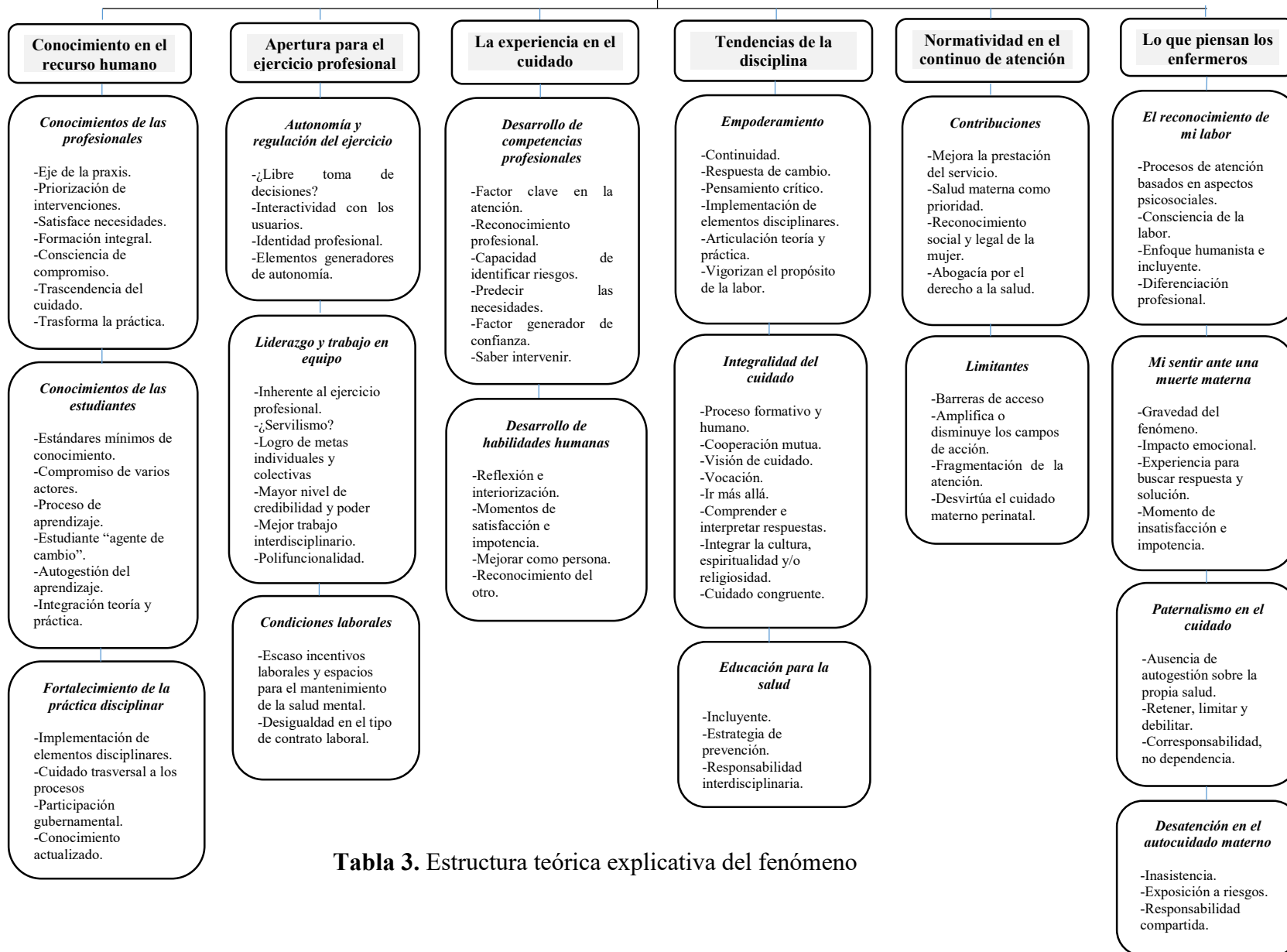


Tabla 3. Estructura teórica explicativa del fenómeno

## 8. TRIANGULACIÓN DE LOS RESULTADOS

**Tabla 7.** Hallazgos en el proceso de triangulación de los hallazgos de los estudios

Nº	Revisión sistemática	Diseño cuantitativo (Cuestionario)	Diseño cualitativo (Entrevista semiestructurada)	Similitud	Divergencia	Aspectos emergentes
1	Edad: Variable no encontrada.	Edad, experiencia en el campo ( $\chi^2 \Rightarrow > 0,05$ ).	Esenciales para implementar las PPMM.		-	
2	El posgrado es necesario para el cuidado de calidad, y el ejercicio profesional con liderazgo.	Posgrado realizado en el área de interés ( $\chi^2 \Rightarrow > 0,05$ ).	Ventaja para la toma de decisiones.		-	
3	Las PPMM son más frecuentes en los primeros niveles de atención.	Frecuencia PPMM y el nivel de complejidad de la atención ( $\chi^2 \Rightarrow < 0,05$ ).	Cuando la enfermera trabaja en el primer nivel tiene la oportunidad de proporcionar atención a la mujer, durante toda su trayectoria reproductiva.	+		Acciones de prevención y gestión del riesgo con diferente alcance.
4	El conocimiento es significativo, pero debe reforzarse la formación en el pregrado. Profundizar en la atención en salud mental.	Conocimiento del sujeto de cuidado, predominó la frecuencia de ejecución de 4 "siempre".	Contemplado en la categoría "Conocimiento de las enfermeras"	+		Importancia de la formación en el futuro recurso humano de la disciplina. Fortalecido en el primer nivel de atención.
5	En el equipo de salud persiste la hegemonía médica.	El trabajo multidisciplinario se da "frecuentemente y siempre".	Algunos aspectos contemplados en el cuestionario están presentes en las categorías "Condiciones del ejercicio profesional".	+		Fortalecido en el primer nivel de atención.
6	La gestión del cuidado forma parte de la naturaleza de la disciplina. Sin embargo, registra inconvenientes a la hora de llevarse a la práctica.	Gestión y fundamentación normativa, se da "frecuentemente y siempre"	Algunos aspectos contemplados en el cuestionario se interpretan en la categoría "Normatividad para la atención" La gestión del cuidado fue la base constitutiva de la categoría central.	+		Categoría central "La salud materna desde la gestión del cuidado".
7	El conocimiento actualizado es indispensable para la PMM pero se debe vigorizar.	Educación continuada: Obtuvo la menor frecuencia de ejecución.	Es esencial para el desempeño del ejercicio profesional.		-	Fortalecido en el primer nivel de atención.
8	Tendencias de la disciplina.	No contemplada en el diseño cuantitativo.	Categoría "Orientaciones de la disciplina".			Prioridades de la disciplina. *
9	Las condiciones de trabajo terminan por incidir en la calidad del cuidado.	No contemplada en el diseño cuantitativo.	Categoría: "Apertura para el ejercicio profesional".			Evidencia el ambiente laboral donde se lleva a cabo el ejercicio profesional. *
10	Existencia de aportes dados desde el ejercicio profesional de la enfermera.	No contemplada en el diseño cuantitativo.	Categoría. "Lo que piensan las enfermeras".			Conceptos, paternalismo del cuidado y la desatención en el autocuidado materno. *
11	La experiencia profesional es indispensable para la PMM pero no decisiva.	No contemplada en el diseño cuantitativo.	Categoría. "Cuidado y experiencia."			Vislumbra las habilidades profesionales y humanas. *

+ Similitudes, - Divergencias, \* Aspectos emergentes

La triangulación de los datos deja entrever que, con respecto a la trayectoria de salud de la mujer en edad fértil, convergen otras trayectorias <sup>71</sup> de tipo sociocultural, político, educativo, económico, cultural, laboral del recurso humano que proporciona la atención, entre otras. Además, estas influyen de forma directa en la trayectoria que vive la mujer para convertirse en madre, ya que existe una permanente interrelación con el contexto vigente y bajo el cual se da la vida (preexistencias en el estado de salud de la madre, cuidado preconcepcional y prenatal, empoderamiento materno, capacidad de respuesta del equipo de salud, calidad de la prescripción del cuidado que realizan las enfermeras, entre otros).

En este sentido, la trayectoria está relacionada con el recorrido que realiza la mujer por los diversos roles presentes a lo largo de su vida y que no evidencian un estándar establecido para ello; sobresaliendo la gestación como una de las principales transiciones que demanda respuestas certeras desde el propio autocuidado y del cuidado proporcionado por las enfermeras.

La vivencia de la sexualidad sana, y fundamentada en los derechos y deberes permitirá una mejor relación (mujer - enfermera) para con ello tener mayor impacto en los momentos significativos, en el sentido que se constituirían en una gran oportunidad de desarrollo humano <sup>71</sup> y profesional. De acuerdo a este tópico, es viable elaborar los mecanismos de afrontamiento, y de respuesta individual y familiar ante situaciones no acordes que modifican sustancialmente el curso de vida de la mujer.

Algunos de los hallazgos descritos en los estudios detallan, como determinadas circunstancias separadas o asociadas, impactan las transiciones y por ende la trayectoria de la salud. Encontramos el inicio tardío de la atención prenatal, la pérdida de la gestación, el incumplimiento de la ruta de atención por parte del sistema de salud, la desigualdad existente en el tipo de PPM entre las instituciones a las cuales converge este cuidado, la desatención por parte de la propia mujer, el paternalismo del cuidado de enfermería y la muerte materna, entre otros, que muestran las condiciones bajo las cuales se vive <sup>19,21</sup> y se proporciona atención materna en este contexto.

El cuidado de la mujer en edad fértil debe constituirse en un escenario de ganancia mutua o ventana de oportunidad, <sup>22</sup> porque en particular sobre la trayectoria de salud es imprescindible asegurar que las enfermeras cuenten con las condiciones necesarias desde su



ejercicio profesional <sup>59,72,73</sup> para poder formalizar de la mejor manera la gestión del cuidado, el trabajo multidisciplinario y la actualización del conocimiento relacionado con el área.

También se encontró que las prácticas y la experiencia vivida de las enfermeras están direccionadas a la prevención de morbimortalidades físicas o psicosociales, que cambian según el momento de vida que se esté desarrollando (gestación, posparto, sexarquía). Desde el sistema de salud se gestan acciones para garantizar el bienestar psicosocial de la mujer y sus redes de apoyo más cercanas, esto concebido como una estrategia inicial de preservación de la salud y mantenimiento de la vida, y como nuevas oportunidades que le permiten madurar al sujeto de cuidado en pro del desarrollo de sus potencialidades.

En el marco de lo expuesto, la literatura describe que algunos cambios ocurren de forma inesperada, por lo que se recalca la importancia de identificar, proyectar e impedir la replicación de los riesgos que pueden acrecentar la problemática en determinado momento del continuo de la vida. La afectación directa las trayectorias vitales del individuo <sup>21</sup> (nacimiento, crecimiento y desarrollo) pueden tener repercusiones temporales o permanentes de tipo individual, familiar y social. <sup>71</sup> De allí lo fundamental de desarrollar cuidado de enfermería desde la preconcepción porque este periodo repercutirá por el resto de su vida hasta la muerte.

También se resalta que los datos exponen y coinciden con lo descrito por Quero <sup>74</sup> y colaboradores, que mencionan como la mujer en su desarrollo es la que tiene mayor exposición de su vida por los problemas derivados de su salud reproductiva; postura que refuerza que la mortalidad materna se constituye en un problema con amplios matices. La presencia de situaciones negativas (las barreras de acceso al sistema, la debilidad en las competencias y habilidades de las profesionales encargadas de la atención, el deterioro del autoconcepto, del vínculo madre e hijo y demás) podrían llevar a un declive con respecto a la continuidad de las siguientes etapas que debe vivir la mujer.

También los datos enseñan que el liderazgo en enfermería alrededor de la atención, es visto como el complemento de algo. El estudio de Rodó Cobo <sup>75</sup> indica como algunos de sus escenarios ostentan poco impacto en la participación administrativa de las enfermeras en las organizaciones, porque no siempre le son reconocidas sus competencias y capacidad de liderar.

Ante lo expresado compartimos lo puntualizado por Serdarevich,<sup>76</sup> en el sentido que la profesión debe continuar avanzando con una regulación que vea la realidad de la salud, de la disciplina de enfermería y del sujeto de cuidado. Se deben conocer las tendencias del cuidado para proporcionar una atención más eficaz,<sup>77</sup> una de ellas es la educación continuada que les permite mantener actualizadas a las enfermeras<sup>78</sup> y fortalecer las capacidades y el poder profesional.<sup>79</sup> Desde el sistema educativo conviene ampliar las competencias del egresado en enfermería alrededor del liderazgo, el emprendimiento, el civismo, la gestión, la investigación, la bioética y otros<sup>80</sup> en el sentido que el aprendizaje significativo del cuidado materno debe ser una experiencia transformadora para el estudiante, el docente<sup>81</sup> y la sociedad.

Lamentablemente, sobre la atención de la trayectoria de salud en la mujer, la formación posgradual del recurso humano no goza de mayor reconocimiento al interior del sistema. Igual ocurre, con el tiempo de experiencia en el área, siendo este hallazgo contrario al estudio de Suplee et al, que dice como a mayor edad las enfermeras brindan más educación sobre las posibles complicaciones que se puedan presentar.<sup>82</sup> No obstante, los relatos exponen que este tipo de formación acrecienta los conocimientos y el reconocimiento en el equipo. Se insiste en la importancia de disponer de espacios que promuevan el pensamiento crítico en la práctica.<sup>18</sup>

La educación materna es una estrategia acogida para disminuir complicaciones, la muerte materna<sup>82</sup> y la aceptación de la maternidad.<sup>84</sup> En el estudio fue percibida como positiva,<sup>85</sup> y mayoritariamente estuvo relacionada con la enseñanza de los derechos sexuales y derechos reproductivos; pese a que los resultados notificados en otro estudio resaltan que no siempre la educación en el posparto se da de forma integral.<sup>82</sup>

Como contexto general, fue identificado un sistema de atención materna que aún es débil desde diversas dimensiones (contratación, características del abordaje, condiciones sociales, concepciones sobre la integralidad de la atención y otros), y que demanda una reestructuración en pro del cumplimiento de las metas establecidas por el país, principalmente en lo relacionado con el mejoramiento de las condiciones de vida esta población.

## 9. APORTACIONES DE LA TESIS DOCTORAL

**Estudio I:** Evidencia del aporte proporcionado desde el cuidado de enfermería a la salud materna: Revisión sistemática.

- Proporciona niveles de evidencia y grados de recomendación de prácticas realizadas por las enfermeras en torno al mantenimiento de la salud materna.
- Otorga igualdad de estatus a la evidencia dada por los estudios que desarrolla la disciplina a partir de diseños cuantitativos, cualitativos y mixtos; comprendiendo que los fenómenos sociales deben ser vistos por las enfermeras de forma integral.
- Reitera la importancia de articular al ejercicio profesional de las enfermeras las mejores prácticas disponibles para el mantenimiento de la salud materna y perinatal.

**Estudio II:** Atención de enfermería a la mujer en edad fértil: prácticas para prevenir la mortalidad materna.

- Contribuye a incentivar en el proceso de atención materna llevado a cabo por las enfermeras, la implementación de prácticas respaldadas científicamente que buscan mantener y mejorar la salud de las mujeres que se encuentran en edad fértil.
- Aporta en el sentido que confirma desde los hallazgos que para ostentar un mayor número de PPM, las enfermeras deben tener una serie de condiciones asociadas a las oportunidades de desarrollo profesional, de conocimiento, de trabajo en equipo y de respaldo legal.
- Incrementa el conocimiento en el área porque el control de este fenómeno tan agreste requiere de un análisis que afirme la necesidad de ofertar integralidad en el cuidado de enfermería, articulado a una plataforma política que garantice la salud materna perinatal.

**Estudio III:** Las enfermeras y la ejecución de prácticas que previenen la muerte materna: Comparación en tres hospitales.

- Permite conocer como a nivel laboral las enfermeras pueden PMM, siendo visible identificar que, pese a la formación y naturaleza de su disciplina, no siempre se llevan a cabo las PPMM, circunstancia que expone que el ejercicio de la profesión no se desarrolla de forma similar en las instituciones de salud.
- Ratifica que en la actualidad aún existen dificultades en torno a la puesta en marcha de las PPMM. Este aspecto hace indiscutible que desde las instituciones de salud es clave trazar este tipo de iniciativas, no solo dirigidas a las mujeres y a sus redes de apoyo más próximas, sino también de forma permanente al recurso humano responsable de la atención. Para este caso, las enfermeras pueden tener mejores condiciones que faciliten el desarrollo de competencias y habilidades esenciales para proporcionar cuidado de calidad en el área de interés.

**Estudio IV:** Experiencia vivida por las enfermeras en torno a la prevención de la mortalidad materna.

- La experiencia de prevenir la mortalidad materna documenta componentes agregados de tipo social, cultural, económico, sanitario, entre otros.
- Las condiciones de trabajo no siempre repercuten en la autopercepción que la enfermera puede tener sobre sus funciones. Pese a las dificultades presentes en la atención, el aporte entregado por este recurso humano es interiorizado; no obstante, la regulación otorgada a su ejercicio disciplinar impide que se ostente en mayor grado, el poder y el liderazgo de la enfermería en el sistema de salud, educativo y en la sociedad en general.

## 10. CONCLUSIONES

1. La disposición de mejor evidencia y de los grados de recomendación adherida a las prácticas de cuidado que realizan las enfermeras son garantía de calidad, de atención segura, confiable, y de amplia aceptación por el colectivo de enfermería porque se relaciona con la mejora de la salud materna y perinatal.
2. La puesta en marcha de las prácticas que previenen la mortalidad materna en las instituciones de salud por parte de las enfermeras, permite el mantenimiento y recuperación de la salud de las usuarias que hacen uso de este servicio. Sin embargo, parece que para el éxito de los procesos institucionales y de desarrollo profesional, es clave contar con adecuadas condiciones de trabajo, de acceso al conocimiento, de gestión del cuidado y de apropiación de la normativa, entre otros.
3. La prevención de la mortalidad materna se desarrolla de diferente forma en las instituciones de salud, pese a que las proyecciones en las metas de salud materna implican la búsqueda de la estandarización de prácticas decisivas para el mantenimiento de la vida e individualización del cuidado, aún es factible identificar desigualdad en los procesos organizacionales y en los concernientes a la formación, y preparación del recurso humano en enfermería que trabaja en el área de interés.
4. La experiencia vivida de prevenir la mortalidad materna expone que la salud materna y el proceso del nacimiento, involucran el abordaje por parte de las enfermeras a las transiciones de la trayectoria de vida que se encuentran principalmente vinculadas a la salud, a los aspectos socioeconómicos, educativos, políticos y de género. Esta percepción se relaciona con el doble objetivo que tiene la enfermera de comprender a la mujer desde una visión holística, y de ofrecer cuidados de calidad; pese a requerir que en su trabajo exista mayor autonomía, dignificación de su labor, liderazgo y de trabajo en equipo, que son trascendentales para proporcionar calidad en la atención que suministra

## CONCLUSIONS

1. The disposition of better evidence and the degrees of recommendation adhere to nursing practices represent quality and guarantee in the attention: safe, reliable, and with a wide acceptance by the nursing group because is associated with the maternal and perinatal improvement.
2. The setting up of the practices to prevent maternal mortality in health institutions by nurses, allows the maintenance and recovering of the health users that employ this service. However, it seems crucial count on proper working conditions, access to knowledge, care management and rule appropriation, and others to reach a professional growing and an institutional process successfully.
3. The maternal mortality prevention is developed by health institutions in different ways. Although the projections in the maternal health's goals involve searching decisive practices of standardization for maintaining life and the care individualization; it is still feasible to identify inequality in the organizational process, and in those concerning to academic training, and human resource in the nursing area of interest.
4. The lived experience to prevent maternal mortality exposes that maternal health and birth process involve the approach from nurses to a life trajectory found mainly in health, socioeconomic aspects, educative, politic, and gender. This perception is connected with the dual objective covered by nursing: to understand woman from a holistic view, and to offer quality care, even though her/his work requires more autonomy, labor dignification, leadership, and work team, which are important to give a quality in the care provided.

## **11. LIMITACIONES**

La tesis doctoral fue desarrollada en un momento en el cual a nivel nacional se debatían diversas estrategias que facilitarían la disminución de la RMM en Colombia a través de la desmedicalización del parto. Para este caso el Gobierno Nacional, en cabeza del MINSALUD, inició una serie de encuentros que permitió conocer experiencias exitosas a nivel nacional e internacional relacionadas con el tema.

Entre las nuevas propuestas planteadas, el MINSALUD intento proponer la creación de un nuevo perfil profesional (partera profesional), una figura desconocida en el sistema de salud, puesto que este país es uno de los pocos países de América Latina donde no se tiene esta profesión. Pero a partir de las recomendaciones dadas por organizaciones de diversa naturaleza, se definió que la enfermera general y especialista, retomarían esta competencia profesional (única que en la actualidad no desempeña) en los próximos años. En este sentido, los hallazgos aquí referidos estarían sujetos a los cambios políticos y a los efectos que estos generen en el ejercicio profesional de las enfermeras.

En la actualidad este cambio normativo está en periodo de consolidación y en espera de la sanción presidencial. Con esta actualización normativa las enfermeras podrán ampliar sus competencias profesionales en el área, de forma específica en la atención del parto de bajo riesgo.

Otra limitación, hace referencia a la rigurosidad de los criterios de inclusión por lo cual los hallazgos solo podrán ser considerados para grupos que tengan similares características a las manejadas por las enfermeras participantes en el estudio.

### **11.1 Perspectivas futuras de estudio**

Conviene mencionar que a futuro se hace ineludible utilizar otros diseños de investigación que beneficien la descripción y por ende el conocimiento e interpretación de un fenómeno de elevado impacto social, como lo es la muerte materna.

El fortalecimiento de otros diseños de estudios de la disciplina en esta área, traerá algunos beneficios en torno al aporte de la solución del problema. Algunos de ellos son:

- Identificación constante y análisis de factores asociados.
- Identificación e integración de actores clave (mujer, familia, comunidad, intersectorial, interinstitucional y transectorial, y otros).
- Comprensión de la dinámica de cambio de la prevención de la mortalidad materna, y por ende de algún grado de certeza en el tipo de comportamiento de las variables presentes en el fenómeno.
- Identificación, construcción y consolidación de soluciones contextuales o acciones futuras.
- Construcción de información referente no solo para la disciplina sino para el equipo multidisciplinario que tiene acción en el mismo campo.
- Proyección de las posibles repercusiones del cuidado de enfermería a la mujer en edad fértil.

Igualmente, se precisa la necesidad de implementación de protocolos de anticipación, predicción e intervención de situaciones positivas o de eventos que se deseen evitar, y que se encuentren fundamentados desde la disciplina por exploraciones, explicaciones, interpretaciones, significados, datos estadísticos e incluso la misma ocurrencia de eventos pasados. Esto favorecerá en el marco de la comprensión de la atención en el curso de vida de la mujer en edad fértil, dar respuesta a esta problemática ante la cual, la disciplina da cara día a día porque cuenta con un cúmulo de datos empíricos que refuerzan la generación y ejecución de cuidados.

Pese a que para este contexto se tienen identificadas las causas históricas que acrecientan la morbimortalidad materna, es clave abordarlas desde la disciplina en el sentido que obedecen a cambios no solo políticos, sino en la formación del recurso humano en salud, en especial al de las enfermeras. Sobre la dinámica de la percepción y el significado que tiene para la sociedad, la mujer y su grupo familiar en relación a lo que es la salud materna y que hacer para mantenerla, aún persisten circunstancias positivas y negativas que se están fuertemente adheridas al hecho de convertirse en madre, y que demandan ser estudiadas, comprendidas e intervenidas.



## 12. AGRADECIMIENTOS

Sin lugar a dudas doy mi más sincero agradecimiento al Dr. Germán Vicente-Rodríguez y al Dr. Hugo Olmedillas Fernández, por ser ayudadores incondicionales en el desarrollo y alcance de este logro, que no solo se constituye en una ganancia para mi formación profesional, sino también humana. Sin su apoyo hubiera sido imposible poder culminar esta etapa de mi vida; solo les deseo lo mejor, y un camino lleno de grandes victorias porque se lo merecen.

Al profesor Edgar Ibáñez por su ayuda fundamental en el análisis estadístico del estudio, a las Dras. Lina María Vargas Escobar, Carolina Gutiérrez López (Universidad El Bosque, Colombia), Julyane Felypette Lima (Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil), por la lectura de la tesis y emisión de conceptos concernientes al análisis disciplinar en esta área del cuidado. También a las Dras. Karina Díaz Morales y Gabriela Pucheta Xolo (Universidad Veracruzana, México), por la gestión realizada durante la estancia doctoral llevada a cabo en su unidad académica.

A la Subred Integrada de Servicios de Salud del Suroccidente: Hospital del Sur, Subred Integrada de Servicios de Salud del Norte: Hospital Simón Bolívar y el Hospital de Chapinero.

A las enfermeras asesoras institucionales Clara Rojas (Hospital del Sur), Brunhilde Goethe Sánchez (Hospital Simón Bolívar) y el enfermero Javier Bulla (Hospital de Chapinero).

A las enfermeras profesionales que de forma voluntaria y desinteresada aceptaron formar parte de la investigación.

### 13. BIBLIOGRAFÍA

1. UN-NGLS. Reseña histórica sobre las conferencias mundiales sobre la mujer. [internet]. Ginebra, 2010 [citado 2017 Jul 02]. Disponible en: <https://unngls.org/index.php/espanol/2010/1113-resena-historica-sobre-conferencias-mundiales-sobre-la-mujer>
2. PNUD. ODS Colombia: herramientas de aproximación al contexto local [internet]. Bogotá, 2016 [citado 2017 Mar 10]. Disponible en: <http://www.co.undp.org/content/dam/colombia/docs/ODM/undp-co-ODSColombiaVSWWS-2016.pdf>.
3. Minsalud. Análisis de situación de salud (ASIS) Colombia. [internet]. Bogotá, 2016 [citado 2017 Oct 20]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-colombia-2016.pdf>
4. Guarnizo-Tole M, Acosta Rico S, Castañeda L, Castañeda P, Castiblanco López N, Echandía Daza E, et al. Guía de cuidado de enfermería la orientación preconcepcional EBE. [internet].; 2015 [26 octubre 2017]. Disponible en: <http://www.saludcapital.gov.co/DDS/Paginas/GuiasdeCuidadodeEnfermeria.aspx>.
5. Guarnizo-Tole M, Acosta Rico S, Bejarano Beltrán N, Bejarano Beltrán M, Castiblanco López N, Castañeda L, et al. Guía de cuidado de enfermería en control prenatal EBE. [internet]. Bogotá; 2015 [26 octubre 2017]. Disponible en: <http://www.saludcapital.gov.co/DDS/Paginas/GuiasdeCuidadodeEnfermeria.aspx>.
6. Guarnizo-Tole M, Castiblanco López N, Echandía Daza E, Castañeda L, Castañeda P, Cogollo R, et al. Guía de cuidado de enfermería en la detección del riesgo psicosocial [internet]. Bogotá; 2015 [26 octubre 2017]. Disponible en: <http://www.saludcapital.gov.co/DDS/Paginas/GuiasdeCuidadodeEnfermeria.aspx>
7. Becerra M, Bula J, Castañeda L, Castañeda P, Castiblanco López N, Cogollo Mestra R, et al. Guía de cuidado de enfermería a la familia gestante durante el trabajo de parto y parto EBE. [internet]. Bogotá; 2015 [26 octubre 2017]. Disponible en: <http://www.saludcapital.gov.co/DDS/Paginas/GuiasdeCuidadodeEnfermeria.aspx>.

8. Guarnizo-Tole M, Acosta Rico S, Ariza L, Becerra M, Bejarano N, Bejarano V, et al. Guía de cuidado de enfermería a la mujer en el periodo de posparto EBE. [internet]. Bogotá; 2015 [26 octubre 2017]. Disponible en: <http://www.saludcapital.gov.co/DDS/Paginas/GuiasdeCuidadodeEnfermeria.aspx>.
9. Castiblanco López N, Arboleda C, Becerra M, Castañeda P, Bejarano Aguirre V, Torres Cabeza M, et al. Guía de cuidado de enfermería en la adaptación canguro EBE. [internet]. Bogotá; 2015 [26 octubre 2017]. Disponible en: <http://www.saludcapital.gov.co/DDS/Paginas/GuiasdeCuidadodeEnfermeria.aspx>.
10. UNFPA. Protocolos para la atención de enfermería a la salud sexual y reproductiva de la mujer. [internet]. Bogotá; 2014. [26 octubre 2017]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SM%20-Protocolos-de-enfermeria.pdf>
11. Bohórquez Gamba O, Rosas Santana A, Pérez L, Munévar R. Seguimiento de enfermería a la madre y al recién nacido durante el puerperio: traspasando las barreras hospitalarias. *Avances en Enfermería*. 2009; 27(2): 139-149.
12. Bloch J, Zupan S, Mckeever A, Barkin J. Perinatal nurse home visiting referral patterns among women with diabetes and hypertension in Philadelphia. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2017; 43(1): 29-39.
13. OMS. Mortalidad materna, nota descriptiva [internet]. Suiza; 2016 [22 octubre 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>
14. OMS. Objetivos de Desarrollo Sostenible del Milenio. Objetivo 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades [internet]. Suiza; 2015. [22 octubre 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/sustainable-development-goals/targets/es/>
15. Castro Carvajal B. Los inicios de la profesionalización de la enfermería en Colombia. *Investigación y Educación en Enfermería*. 2011; 29(2): 267-285.
16. Velandía Mora A. La Enfermería en Colombia, análisis sociohistórico. En: *Simposio Iberoamericano de Historia de la Enfermería*: Lisboa, 2009. p. 263-294
17. Elder G, Giele J. *The Craft of Life Course Research* New York: The Guilford Press; 2009.

18. Elder G, Kirkpatrick M. “The Life Course and Aging: Challenges, Lessons, and New Directions”, en Richard Settersten (ed.), Invitation to the Life Course: Toward New Understandings of Later Life Nueva York: Baywood; 2002
19. MINSALUD. Enfoque de Curso de Vida. [internet]. Bogotá; 2015. [2 marzo 2017]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ABCenfoqueCV.pdf>
20. OPS. Documento preliminar. Ciclos de vida: Un enfoque hacia la equidad e integralidad de la atención sanitaria. [internet]. Montevideo, 2011. [citado 2017 Jul 02]. Disponible en: <https://goo.gl/n6VTGX>
21. Elder G, Kirkpatrick M, Crosnoe R. “The emergence and development of life course theory”, en Jeylan T. Mortimer y Michael J. Shanahan (eds.), Handbook of the Life Course Nueva York: Springer; 2006.
22. Blanco M. El enfoque del curso de vida: orígenes y desarrollo. Revista Latinoamericana de Población. 2011; 5(8): 5-31.
23. MINEDUCACIÓN. Ley 266. [internet]. Bogotá; 1996 [26 octubre 2017]. Disponible en: [http://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-105002\\_archivo\\_pdf.pdf](http://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-105002_archivo_pdf.pdf)
24. OMS. Temas de salud, Enfermería. [internet]. Suiza; 2017 [26 octubre 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/nursing/es/>
25. Acevedo G, Martínez G, Estario J. Manual de Salud Pública. Argentina: Encuentro; 2007.
26. Sarriá Santamera A, Villar Álvarez F. Promoción de la Salud en la Comunidad Madrid: UNED; 2014.
27. Molina Gómez F, Pérez Castro y Vázquez J, Agama Sarabia A, Soto Arreola M. Eficacia de las intervenciones de enfermería dependientes en expedientes de queja médica de la CONAMED. 2015; 20(4): 20-25.
28. Maya Morales A. Evaluación de los cuidado independientes en la práctica clínica de la enfermería "Propuesta para un Indicador de Calidad". [trabajo de grado]. [México DF]. Instituto Politécnico Nacional, Escuela Superior de Enfermería y Obstetricia, 2008 [citado 26 de noviembre de 2017]. Recuperado a partir de [http://sappi.ipn.mx/cgpi/archivos\\_anexo/20070041\\_4850.pdf](http://sappi.ipn.mx/cgpi/archivos_anexo/20070041_4850.pdf)

29. Colegio de Arquitectos. Ley 8317 ¿Qué es el ejercicio profesional? [internet]. Buenos Aires, 1990. [26 mayo 2017]. Disponible en: <https://goo.gl/NpvS8X>
30. MINEDUCACIÓN. Ley 911. [internet]. Bogotá; 2004 [26 octubre 2017]. Disponible en: [http://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-105034\\_archivo\\_pdf.pdf](http://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-105034_archivo_pdf.pdf)
31. Laza Vásquez C, Pulido Acuña G, Castiblanco Montañez R. La fenomenología para el estudio de la experiencia de la gestación. *Enfermería Global*. 2012;(28):1-11.
32. Amengual G. El concepto de Experiencia de Kant y Hegel. *TÓPICOS. Revista de Filosofía de Santa Fe*. 2007;(15):5-30.
33. Avila Baray H. Introducción a la metodología de la investigación México: Eumednet; 2006.
34. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio MdP. Metodología de la investigación México DF: McGraw Hill; 2014.
35. Guerrero-Castañeda R, Lenise do Prado M, Ojeda-Vargas M. Reflexión epistemológica sobre métodos mixtos en investigación de enfermería. *Enfermería Clínica*. 2016; 13(4): 246-252.
36. Castañer Balcells M, Camerino Foquet O, Anguera Argilaga M. Métodos mixtos en la investigación de las ciencias de la actividad física y el deporte. *Apuntes en Educación física y Deportes*. 2013; 112(2): 31-36.
37. Giele J, Elder G. *Methods of Life Course Research. Qualitative and Quantitative Methods*. California: Sage Publications; 1998.
38. García Salinero J. Estudios descriptivos. *Nure Investigación*. [internet]. 2004 [citado 26 de noviembre de 2017]. 7:1-3. Disponible en: <http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/180>
39. Strauss A, Corbin J. *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada* Medellín: Universidad de Antioquia - traducción; 1998.
40. Vivar C, Arantzamendi M, López-Dicastillo O, Gordo Luis C. La Teoría Fundamentada como metodología de investigación cualitativa en enfermería. *Index de Enfermería*. 2010; 19(4): 283-288
41. Creswell J. *Qualitative inquiry and research design. Choosing among five traditions* London: Sage; 1998.

42. Morse J, Stern P, Corbin J, Bowers B, Charmaz K. Developing grounded theory. The second generation California: Left Coast Press; 2009.
43. Hernández-Avila M, Garrido F, Salazar-Martínez E. Sesgos en estudios epidemiológicos. *Salud Pública de México*. 2000; 4(5): 438-446
44. Guba E, Lincoln Y. Effective evaluation: improving the usefulness of evaluation results through responsive and naturalistic approaches San Francisco: Jossey-Bass; 1981.
45. Lincoln Y, Guba E. Competing paradigms in qualitative research. In Denzin N, Lincoln Y. *Handbook of qualitative research*. California: Sage; 1994. p. 105-117
46. Martínez M. *La investigación cualitativa etnográfica en educación*. México: Trillas; 1998.
47. Hidalgo L. *Confiabilidad y validez en el contexto de la investigación y evaluación cualitativa*. Universidad Central de Venezuela. [internet]. Caracas, 2005 [citado 12 de junio de 2017]; 10-21. Disponible en: <http://www.ucv.ve/uploads/media/Hidalgo2005.pdf>
48. García-García J, Reding-Bernal A. Cálculo del tamaño de la muestra en investigación en educación médica. *Investigación en Educación Médica*. 2014; 8(2): 217-224.
49. Cuñát Giménez R. Aplicación de la Teoría Fundamentada (Grounded Theory) al estudio del proceso de creación de empresas. *Decisiones globales*. 2007; 2: 1-13.
50. Morales Vallejo P. *Guía para construir cuestionarios y escalas de actitudes*. Madrid Universidad Pontificia Comillas; 2010 [citado 26 de noviembre de 2017]. 80 p. Recuperado a partir de <https://goo.gl/btsQkK>
51. Barreiro Carrillo C, López Rodríguez J, Rodríguez J. *Percepción que tienen las pacientes obstétricas de alto riesgo en relación con la calidad del cuidado que brinda el personal de enfermería en una institución de cuarto nivel*. [trabajo de grado]. [Bogotá]. Universidad Javeriana, 2013 [citado 26 de noviembre de 2017]. Recuperado a partir de <http://hdl.handle.net/10554/13806>
52. Camargo BI, Caro C. El papel autónomo de enfermería en las consultas. *Avances en Enfermería*. 2010; 28(1): 143-150.
53. Sánchez Delgado J, Mora Pérez H. Empatía y desgaste profesional en enfermeras del área de salud mental y psiquiatría. *Portale médicos*. 2009; 10(1): 2 p.

54. Becerra Pabón A. Desafíos en los procesos de enseñanza aprendizaje del cuidado de la enfermería. *Ciencia & Salud*. 2012; 1(2): 51-54.
55. Pardo Prado MdC. Factores que limitan a las enfermeras la aplicación del proceso de atención de enfermería según percepción de los internos de la escuela académico profesional de enfermería de la UNMSM. [trabajo final de maestría]. [Lima]. Universidad Nacional de San Marcos, 2013 [citado 26 de noviembre de 2017]. Recuperado a partir de [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3508/3/Pardo\\_pm.pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3508/3/Pardo_pm.pdf)
56. Tapp D, Stansfield K, Stewar J. La autonomía en la práctica de enfermería. *Aquichan*. 2005; 5(1): 1-8.
57. Zapata Herrera M. Enfermería ¿Una profesión en crisis?, el caso en la ciudad de Medellín - Colombia. [trabajo final de maestría]. [Medellín]. Universidad de Antioquía, 2008 [citado 26 de noviembre de 2017]. Recuperado a partir de <http://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/169/1/EnfermeriaProfesionCrisisMedellin.pdf>
58. Fandiño Osorio V. Ejercicio liberal de la enfermera(o) en el área materno infantil. *Aquichán*. 2002; 2(2): 49-61.
59. Walker D, DeMaria L, Gonzalez-Hernandez D, Padron-Salas A, Romero-Alvarez M, Suarez L. Are all skilled birth attendants created equal? A cluster randomised controlled study of non-physician based obstetric care in primary health care clinics in Mexico. *Midwifery*. 2013; 29(10): 1199-1205.
60. Dias Araújo Nunes E, Santana da Silva L, Oliveira Ramos Pires E. La enseñanza superior de enfermería: implicaciones de la formación profesional para el cuidado transpersonal. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2011; 19(2): 9 p.
61. Diaz-Bravo L, Torruco-García U, Martínez-Hernández M, Varela-Ruiz M. La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Investigación en Educación Médica*. 2013; 2(7): 162-167.
62. Pereira Pérez Z. Los diseños de método mixto en la investigación en educación: Una experiencia concreta. *Revista Electrónica Educare*. [internet]. 2011 [citado 12 de octubre de 2017]; 15(1): 15-29. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/1941/194118804003.pdf>
63. Canales Cerón M. Metodologías de la investigación social. Santiago: LOM Ediciones; 2006.

64. Barreto A. Metodología y diseño de una teoría fundamentada de liderazgo. *Revista Copérnico*. 2012; 8(16): 30-37.
65. Cutcliffe J. Methodological issues in grounded theory. *J Adv Nurs*. 2000; 32: 1476-1484.
66. Charmaz K. *Constructing Ground Theory, a practical guide through qualitative analysis* London: Sage; 2006.
67. Wolcott H. *Writing up qualitative research* Los Angeles: Sage; 2009.
68. Creswell J, Plano-Clark V. *Designing and conducting mixed methods research* California: Sage; 1998.
69. World Medical Association. Declaration of Helsinki, Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. *JAMA*. 2013; 310(20): 2191–2194.
70. MINSALUD. Resolución 008430. [internet]. Bogotá; 1993 [14 octubre 2017]. Disponible en: <https://goo.gl/GokC65>
71. Gastron L, Lacasa D. La percepción de cambios en la vida de hombres y mujeres, según la edad. *Población y sociedad*. 2009; 16: 3-28.
72. Díaz García S, Zavala Suárez E, Ramírez Hernández C. Evaluación de las competencias en enfermería como reflejo de calidad y seguridad en la mujer embarazada. *Rev CONAMED*. 2015; 18 (3): 104-10.
73. Guarnizo-Tole M, Olmedillas H, Vicente-Rodríguez G. Evidencia del aporte proporcionado desde el cuidado de enfermería a la salud materna: Revisión sistemática. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2018; 44(2): 347-360.
74. Quero L, Atencio A, Pérez de Guzmán S. Identificación de determinantes y áreas de riesgo para la morbi-mortalidad materna y su intervención en la provincia de Jujuy. *Cuadernos de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales*. 2009; 37: 242-263.
75. Rodó Cobo M. La gobernanza en enfermería y su impacto en la calidad en la organización socio-sanitaria en Catalunya. *Enfermería Global*. 2017; 16(4): 384-395.
76. Serdarevich U. Legislación en enfermería: el sinuoso camino hacia la autonomía. *Revista Colombiana de Enfermería*. 2017; 14(12): 82-92.
77. Suplee P, Kleppel L, Bingham D. Discharge Education on Maternal Morbidity and Mortality Provided by Nurses to Women in the Postpartum Period. *JOGNN*. 2016; 45(6): 894–904.



78. Rodríguez-Leal D, Verdú J. Consecuencias de una muerte materna en la familia. *Aquichan*. 2013; 13(3): 433-441.
79. Witcher P, Sisson M. Maternal Morbidity and Mortality: Identifying Opportunities to Improve Clinical Outcomes. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*. 2015; 29(3): 202-212.
80. Correa Tello J. Tendencias y retos para la nueva enfermería. *Revista Desafíos*. 2014; 1(8): 20-25.
81. Flórez-Gutiérrez C, Mayorga-Palacios A, Vargas-Escobar L. La práctica formativa como escenario de aprendizaje significativo del cuidado de enfermería. *Revista Colombiana de Enfermería*. 2017; 14(12): 93-103.
82. Suplee P, Bingham D, Kleppel L. Nurses' Knowledge and Teaching of Possible Postpartum Complications. *The American Journal of Maternal/Child Nursing*. 2017; 42(6): 338-344.
83. Bonfill Accensi E, Lleixa Fortuño M, Sáez Vay F, Romaguera Genís S. Estrés en los cuidados: una mirada desde el modelo de Roy. *Index de Enfermería*. 2010; 19(4): 279-282.
84. Hernández-Betancur A, Vásquez-Truisi M. El cuidado de Enfermería comprometido: Motor en la satisfacción de la gestante durante el control prenatal. *Universidad y salud*. 2015; 17(1): 80-96.
85. González-Sanz J, Barquero González A, Sánchez Martín M, Hidalgo Hidalgo M, León López R. Satisfacción de gestantes y acompañantes en relación con el Programa de Educación Maternal en Atención Primaria. *Matronas Prof*. 2017; 18(1): 35-42.

## 14. ANEXOS

### Anexo 1. Consentimiento informado

Consentimiento informado para participar en la investigación “Prácticas y experiencias de prevención de la mortalidad materna desde el ejercicio profesional de enfermería, en tres instituciones de salud de la ciudad de Bogotá D.C., 2015 -2016”.

Respetada (o) participante, el diligenciamiento de este documento es de obligatorio cumplimiento siempre que se adelanta una investigación en la cual participan los seres humanos. En él, se encuentran consignados los aspectos más importantes que usted debe tener en cuenta si acepta participar del estudio.

Yo, \_\_\_\_\_ identificada(o) con la cédula de ciudadanía número \_\_\_\_\_; por medio del presente documento, y en pleno uso de mis facultades, acepto voluntariamente participar en la investigación relacionada en el párrafo anterior y otorgo de forma libre mi autorización a la investigadora MILDRED GUARNIZO TOLE, para utilizar la información plasmada en este cuestionario y/o entrevista dados por mí, tiene fines netamente académicos.

Manifiesto, además que se me han explicado entre otras situaciones, las siguientes:

1. La investigadora queda autorizada para llevar a cabo la recolección de información por medio de una entrevista.
2. La investigadora mantendrá el anonimato de mi identidad en todo momento y mi identificación corresponderá a un código que me será asignado.
3. La información obtenida mediante la realización de la entrevista será utilizada para el desarrollo de la investigación y al terminar la misma se me darán a conocer los resultados obtenidos.
4. En el momento en que yo decida abandonar el estudio lo puedo hacer y para ello no deberé pagar ninguna multa o indemnización ya que mi ingreso al mismo fue de forma voluntaria.
5. No recibiré ningún lucro económico o en especie por haber participado en esta investigación.
6. Se me ha explicado el propósito de su investigación y sé que el estudio no tiene riesgo, ya que no se realizará ninguna intervención terapéutica, farmacológica ni de otra índole.
7. Certifico que este documento llamado "consentimiento informado" ha sido leído y entendido en su totalidad y por medio de mi firma lo doy por autorizado.

**FECHA:** \_\_\_\_\_

**FIRMA DEL PARTICIPANTE DOCUMENTO DE IDENTIDAD** \_\_\_\_\_

**FIRMA DE LA INVESTIGADORA MILDRED GUARNIZO TOLE** \_\_\_\_\_

## Anexo 2. Aprobación del estudio



Departamento de  
Fisiatría y Enfermería  
Universidad Zaragoza

**Fecha:** 12 de enero de 2015  
**Nº referencia:** Comisión  
Académica de Doctorado/GVR  
**Destinatarios:** Mildred  
Guarnizo

**Asunto:**

A petición de la Investigadora en Formación Mildred Guarnizo

Se expone:

Que la investigación titulada "Prevención de la mortalidad materna desde el ejercicio profesional de Enfermería: prácticas y experiencias en tres instituciones de salud de la ciudad de Bogotá D.C., 2015" tiene aprobación por parte de la Escuela de Doctorado de la Universidad de Zaragoza.

Firmado:

Germán Vicente Rodríguez  
cn=Germán Vicente Rodríguez,  
o=Universidad de Zaragoza,  
ou=Departamento de Fisiatría y  
Enfermería,  
email=gervicene@unizar.es, c=ES  
2015.01.21 15:26:53 +01'00'

Prof. Dr. Germán Vicente Rodríguez  
Coordinador Comisión Académica del Programa de Doctorado

### Anexo 3. Definición ética del estudio



Departamento de  
Fisiatría y Enfermería  
Universidad Zaragoza

Fecha: 9 de febrero de 2015  
Nº referencia: Comisión  
Académica de Doctorado/GVR  
Destinatarios: Mildred  
Guarnizo

**Asunto:**

A petición de la Investigadora en Formación Mildred Guarnizo

Se expone:

Que la investigación titulada "Prevención de la mortalidad materna desde el ejercicio profesional de Enfermería: prácticas y experiencias en tres instituciones de salud de la ciudad de Bogotá D.C., 2015" tiene aprobación por parte de la Escuela de Doctorado de la Universidad de Zaragoza y además cumple todos los requisitos éticos exigidos acorde a la declaración de Helsinki y se considera en el contexto específico de Colombia, según la Resolución 8430 de 1993, como una INVESTIGACIÓN SIN RIESGO.


Firmado:



Germán Vicente Rodríguez  
cn=Germán Vicente Rodríguez,  
o=Universidad de Zaragoza,  
ou=Departamento de Fisiatría y  
Enfermería,  
email=gervicen@unizar.es, c=ES  
2015.02.09 11:38:58 +01'00'

Prof. Dr. Germán Vicente Rodríguez  
Coordinador Comisión Académica del Programa de Doctorado

Anexo 4. Aprobación Subred del Suroccidente. Hospital del Sur



**ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.**  
CIUDAD  
BOGOTÁ D.C.

**TOBA**  
Bogotá, D.C.

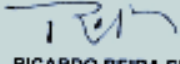

Doctora  
**MILDRED GUARNIZO TOLE**  
Enfermera MSc. PhD  
Ciudad

Asunto: Carta de aceptación

Respetada doctora Mildred:

De manera atenta comunico a usted que el Hospital del Sur Empresa Social del Estado ha aceptado su investigación "Prevención de la mortalidad materna desde el ejercicio profesional de Enfermería: prácticas y experiencias en tres instituciones de salud de la ciudad de Bogotá D.C., 2015".

Agradezco su atención.





**RICARDO BEIRA SILVA**  
Gerente

Procedimiento Controlado	Nombre	Fecha	Fecha
Elaboración por	Gerente Caribanda Osorio		05/02/2015
Proyectado por	Gerente Caribanda Osorio		04/02/2015
Elaborado por	Asesor Pedagógico Zulema		04/02/2015

Con respecto que este es un acto de gobierno de carácter administrativo, de carácter de trámite y no tiene efectos jurídicos, salvo lo que se indique expresamente en el documento.

Carretera 78 No. 35-71 Sur  
Teléfono: 7560505  
Teléfono: 4530715  
www.hospitaldelSUR.gov.co  
Info: Línea 195





**HOSPITAL DEL  
SUR**  
1988 S.O.S. CIUDAD  
Salud con Ciudadanos

**BOGOTÁ  
HUMANA**

006 2015 Revisión

**Anexo 5. Aprobación Subred del Norte. Hospital Simón Bolívar**

 Hospital Simón Bolívar	<b>APROBACIÓN DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN</b>	Código: GCF-170-007	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. Hospital Simón Bolívar III Nivel E.S.E.
	<b>GESTIÓN CIENTÍFICA DOCENCIA E INVESTIGACIÓN</b>	Versión: 0	

CONSECUTIVO	CEI-06-2015
LUGAR Y FECHA	Bogotá D.C. 16 de junio de 2015.
CODIGO DEL PROYECTO	CEI 96
TUTOR INSTITUCIONAL	Brunhilde Goethe
<b>TÍTULO DEL PROYECTO:</b> Prevención de la mortalidad materna desde el ejercicio profesional de enfermería: prácticas y experiencias en tres instituciones de salud de la ciudad de Bogotá D.C.	

INVESTIGADOR	CARGO	INSTITUCIÓN
Mildred Guarnizo Tole	Enfermera - Magíster en enfermería maternoperinatal. Estudiante de doctorado en ciencias de la salud y del deporte	Universidad de Zaragoza
Brunhilde Goethe	Enfermera HSB sala de partos	Hospital Simón Bolívar

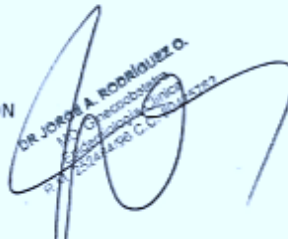
El Comité de Ética en Investigación –CEI del Hospital Simón Bolívar III nivel E.S.E. le informa que se ha evaluado y aprobado, incluyendo aval bioético el proyecto de investigación mencionado. Entendido que en este estudio usted (es) será(n) responsable(s) del desarrollo del mismo deberá presentar informes parciales y el informe final con los resultados de la investigación.

Fecha de Evaluación	15 abril 2015
No. De Acta	Acta 19
Fecha de Aprobación	22 de junio 2015 (Acta 21)

Los cambios que se requieran en el desarrollo del proyecto deben ser notificados al CEI.

Atentamente,

PRESIDENTE COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN  
HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR III NIVEL E.S.E.  
Nombre: JORGE AUGUSTO RODRÍGUEZ ORTÍZ  
Título: MD-Ginecobstetra- Epidemiólogo Clínico



DR. JORGE A. RODRÍGUEZ O.  
MD-Ginecobstetra-  
Epidemiólogo Clínico  
Hospital Simón Bolívar III Nivel E.S.E.

## Anexo 6. Aprobación Subred del Norte. Hospital de Chapinero



**GHCH-U01A-0291- 2015**

Bogotá, D.C. 14 de Octubre de 2015.

Enfermera

**MILDRED GUARNIZO TOLE**

Estudiante de Doctorado

**DEPARTAMENTO DE FISIATRIA Y ENFERMERÍA**

**UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA ESPAÑA**

Zaragoza - España

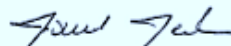
**Referencia: Oficio de solicitud de aprobación del proyecto de investigación "Prevención de la mortalidad materna desde el ejercicio profesional de Enfermería: Prácticas y experiencias en tres instituciones de salud de la ciudad de Bogotá D.C., 2015".**

Cordial saludo,

Una vez revisada la comunicación mencionada en la referencia de solicitud de aprobación del proyecto de investigación "**Prevención de la mortalidad materna desde el ejercicio profesional de Enfermería: Prácticas y experiencias en tres instituciones de salud de la ciudad de Bogotá D.C., 2015**". En primer lugar expresamos nuestros agradecimientos por escoger al Hospital Chapinero E.S.E para desarrollar el proyecto de investigación mencionado.

A su vez me permito informar que dispone de todo nuestro respaldo y colaboración para el logro de lo propuesto, razones por las cuales se da el aval correspondiente, esperando con ello el alcance del propósito pretendido.

Cordialmente,



**MARTHA HELENA MEDINA ANGEL**

Subgerente de Servicios de salud

[Martha.medina@esechapinero.gov.co](mailto:Martha.medina@esechapinero.gov.co)

**HOSPITAL C HAPINERO E.S.E**



## Anexo 7. Artículo de la revisión sistemática

Revista Cubana de Salud Pública. 2018;44(2): 347-361

### REVISIÓN SISTEMÁTICA

#### Evidencia del aporte proporcionado desde el cuidado de enfermería a la salud materna

#### Evidence of contributions made by the nursing care to maternal health

Mildred Guarnizo-Tóte,<sup>1</sup> Hugo Olmedillas,<sup>2</sup> Germán Vicente-Rodríguez<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Universidad de Zaragoza, España. Universidad El Bosque, Colombia.  
<sup>2</sup> Universidad de Oviedo, España.  
<sup>3</sup> Universidad de Zaragoza, España.

#### RESUMEN

**Introducción:** La enfermería es esencial en la detección temprana de riesgos que pueden llegar a comprometer la vida de la mujer.  
**Objetivo:** Determinar la evidencia del aporte proporcionado desde el cuidado de enfermería a la salud materna.

**Fuente de datos:** Se revisaron las bases de datos PubMed, Science Direct y Scielo entre los años 2010-2016. Se realizó además, rastreo manual de estudios en revistas indexadas que no estaban integradas a las fuentes mencionadas. Se encontraron 110 artículos y se seleccionaron 20 que cumplían con los criterios de inclusión establecidos.

**Síntesis de los datos:** Se identificaron tres áreas temáticas: I. Los beneficios en la salud de la mujer con el cuidado de enfermería, II. La relevancia de fortalecer la formación relacionada con la atención materna, III. Los efectos de la regulación en el ejercicio profesional. En ellas se destaca la educación y asistencia prenatal en la adolescente embarazada y las visitas domiciliarias a las mujeres con riesgo antenatal. Se enfatiza la necesidad de robustecer las competencias relacionadas con el parto y las dirigidas al entendimiento de la cultura de la mujer gestante así como la permanencia de las enfermeras en su área de trabajo para proporcionar un cuidado de calidad a las madres y la necesidad de regular su carga de trabajo.

**Conclusiones:** Desde la enfermería se genera evidencia para el manejo de la salud materna. Es indiscutible que el cuidado especializado incide de forma positiva en la disminución de la mortalidad materna en los diversos contextos de la práctica laboral.

http://scielo.sld.cu

347

Pese a esto, 830 mujeres mueren cada día debido a complicaciones acontecidas durante el embarazo y posparto, lo que ha suscitado que este fenómeno sea catalogado como una problemática de salud pública y la primera causa de muerte en las mujeres en edad reproductiva.<sup>2</sup>

Los países pobres o en vía de desarrollo son los que registran una razón de mortalidad materna (RMM) mayor (239 por 100 000 nacidos vivos), que contrasta con la de los países prósperos (12 por 100 000 nacidos vivos). Aproximadamente, el 28 % de las defunciones maternas es ocasionada por afecciones preexistentes principalmente, (la diabetes, el paludismo, la infección por el VIH y la obesidad), hemorragia posparto 27 %, hipertensión gestacional 14 %, infecciones 11 %, parto obstruido y otras causas directas 9 %, abortos complicados 8 % y embolias 3 %; estas condiciones se encuentran estrechamente vinculadas con la pobreza, falta de información, distancia de los servicios de salud, inadecuada atención, entre otras.<sup>3</sup>

La prevención de la mortalidad materna exige un esfuerzo organizado en la cual se impulse la participación de los proveedores en salud, la comunidad y los entes gubernamentales. Por tal razón, es preciso identificar la evidencia existente sobre el aporte dado desde el cuidado de enfermería a la salud materna, ya que es la enfermera quien en su normal desempeño está presente en diversos escenarios de la práctica asistencial (programas de control prenatal, parto, planificación familiar y otros) donde puede intervenir y obtener resultados positivos en salud. Teniendo en cuenta el compromiso histórico que la enfermería ha tenido alrededor del cuidado materno y de los datos epidemiológicos presentados anteriormente, se considera que esta revisión sistemática de la literatura contribuirá a robustecer los conocimientos relacionados con este aspecto, de ahí que su objetivo es determinar la evidencia del aporte proporcionado desde el cuidado de enfermería a la salud materna.

#### FUENTE DE DATOS

El proceso de construcción de la revisión sistemática abarcó tres fases: identificación y proyección, elegibilidad e inclusión, y validación.

#### Identificación y proyección

Durante esta fase se realizó la búsqueda bibliográfica de artículos científicos publicados en las bases de datos PubMed, Science Direct y Scielo entre los años 2010-2016. Otra estrategia efectuada fue el rastreo manual de estudios en revistas indexadas que no estaban integradas a las fuentes mencionadas. Se consideró este periodo porque expuso la mayor cantidad de investigaciones realizadas en torno al tema en estudio. Para la consulta de las bases de datos se implementaron los descriptores del Medical Subject Headings (MeCS) y los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) con los términos mortalidad materna, enfermería y salud materna; combinados con los operadores booleanos "AND" y "OR". El total de artículos encontrados en las tres bases de datos fue de 110 (Fig.).

http://scielo.sld.cu

349

**Conclusiones:** Desde la enfermería se genera evidencia para el manejo de la salud materna. Es indiscutible que el cuidado especializado incide de forma positiva en la disminución de la mortalidad materna en los diversos contextos de la práctica laboral.

**Palabras clave:** Mortalidad materna; enfermería; salud materna.

#### ABSTRACT

**Introduction:** Nurses are essential in the early detection of risks which can affect women's life.  
**Objective:** To determine the evidence of the given contribution from the nursing care to maternal health.

**Data source:** PubMed, Science Direct and Scielo data bases were reviewed from 2010 to 2016. In addition, it was done manual searching of studies of indexed magazines that were not integrated to the above mentioned sources. 110 articles were found and 20 articles that fulfilled the established inclusion criteria were selected.

**Data synthesis:** Three thematic areas were identified: I. Benefits of woman's health with nursing care; II. The relevance of strengthening the training related to maternal health; III. The effect of regulation on the professional practice. In these areas are highlighted the education and the prenatal care in the pregnant adolescent; and the home visit to the women with antenatal risk. It emphasizes the need to foster the competences which has to do with the birth aimed to understand the culture of the pregnant woman; and the continuance of the nurses in their working area to provide a qualified care to the mothers, and the need to regulate their work burden.

**Conclusions:** Nursing generates evidence to the management of maternal health. It is undeniable that the specialized care influences in a positive way in the decrease of maternal mortality in the different contexts of the professional practice.

**Keywords:** Maternal mortality; nursing; maternal health.

#### INTRODUCCIÓN

La atención materna de calidad representa un compromiso mundial que busca optimizar las condiciones de vida de las mujeres. El embarazo, parto y posparto son periodos caracterizados por múltiples cambios físicos y psicosociales, que de no ser positivos pueden generar diversas morbilidades que constituyen una amenaza directa para la vida de la mujer y su futuro hijo.<sup>1</sup> En el tercer Objetivo de Desarrollo Sostenible del Milenio se proyectó como prioridades a nivel mundial la reducción de la mortalidad materna a menos de 70 por 100 000 nacidos vivos, junto con el acceso universal a la salud sexual y reproductiva para el año 2030.

http://scielo.sld.cu

348

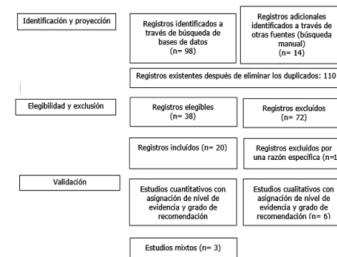


Fig. Diagrama de proceso de la revisión sistemática.

#### Elegibilidad e inclusión

En la fase de elegibilidad se preseleccionaron 38 artículos por tres revisores que cotejaron de forma rigurosa cada uno de ellos, mediante la lectura de la información expuesta en el título, resumen y la verificaron de cumplimiento de los criterios de inclusión, que para esta revisión hicieron referencia a:

- Artículos originales y resúmenes publicados en los idiomas español, inglés y portugués.

- Los resultados de los estudios debían estar relacionados con el abordaje que hace la enfermería alrededor de la salud, la morbilidad y mortalidad materna.

En total se excluyeron 18 artículos por no cumplir los requisitos establecidos y 20 se incluyeron. Con la información dispuesta se procedió a la construcción de una matriz de caracterización de los estudios teniendo en cuenta el diseño, muestra, herramientas de recolección de datos, procedencia demográfica, implicaciones para la práctica de enfermería y el establecimiento de las limitaciones (tabla 1). Para evaluar la calidad científica de las publicaciones incluídas en la revisión se emplearon las listas de verificación de Strobe, CASPe, Guba y Lincoln, solo se eligieron los artículos que presentaron un percentil superior a 75 en las escalas de puntuación utilizadas según la metodología referida en las publicaciones.

http://scielo.sld.cu

350





Tabla 1. Caracterización de los estudios incluidos

Table with 6 columns: No., Autores, Método, Muestra, Recopilación información, País. It lists 17 studies with details on authors, methods, sample sizes, data collection methods, and countries.

Colmenares y otros,<sup>12</sup> encuentran una relación significativa entre la función educativa que tiene la enfermera durante la asistencia prenatal y el conocimiento de la adolescente embarazada acerca de los riesgos fisiológicos, y que el cuidado de enfermería se aprecia mejor cuando sus procesos se efectúan desde una perspectiva de humanización.<sup>13</sup>

Formación en enfermería

Con respecto a la formación dada en enfermería, trece de los estudios revisados indican que es esencial robustecer las competencias relacionadas con la atención prenatal,<sup>14</sup> el parto<sup>15</sup> y las dirigidas al entendimiento de la cultura de la mujer gestante; este último aspecto es fundamental porque un inadecuado abordaje puede acrecentar la tasa de partos no institucionalizados.<sup>16</sup>

La evidencia describe que los programas de enfermería deben modificar los estándares establecidos para la práctica.<sup>7,17</sup> Un autor encuentra que el 80 % de sus recién graduados manifiestan requerir de algún tipo de supervisión, mientras que el 5,1 % considera que la práctica formativa puede ser más extensa,<sup>18</sup> y es de vital importancia que la enfermera tenga acceso a escenarios reales de aprendizaje en especial al de la partería,<sup>19,20</sup> puesto que este tipo de entrenamiento incrementa sus conocimientos, habilidades y con ello la posibilidad de vida de las madres.<sup>21-24</sup>

Regulación del ejercicio profesional

La regulación que se ha creado en relación con este campo de desempeño laboral en la enfermería difiere en la gran mayoría de los contextos internacionales explorados en los estudios incluidos en la revisión. Es notable en cinco de ellos que las políticas elaboradas en este marco inciden en la pérdida de habilidades profesionales, en particular las vinculadas a la atención del parto porque su práctica es limitada. No obstante, este tipo de situaciones deja abierta áreas de oportunidad para la atención de la mujer gestante por parte de la enfermera.<sup>14</sup>

Table with 5 columns: No., Autores, Método, Muestra, País. It lists 3 studies with details on authors, methods, sample sizes, and countries.

Validación

En la fase de validación se asignó el nivel de evidencia y el grado de recomendación a los hallazgos descritos en los artículos. Para los estudios cuantitativos se implementó la escala de Medicina Basada en la Evidencia (Centre for Evidence-Based Medicine, Oxford OCEBM),<sup>25</sup> mientras que en los estudios cualitativos se empleó la Clasificación de Evidencias Cualitativas de Gálvez Toro<sup>26</sup> por medio de las cuales se determinó el alcance y clasificación de los resultados atendiendo a su utilidad. En los estudios mixtos cada diseño fue evaluado por separado.

SÍNTESIS DE LOS DATOS

Mediante la revisión realizada fue posible establecer la presencia de tres temas emergentes asociados al fenómeno abordado, el primero resalta que el cuidado de enfermería conlleva a la recuperación y mantenimiento de la salud, el segundo revela que la formación actual en enfermería ostenta una serie de necesidades y tendencias en torno al cuidado materno, y el tercero menciona los efectos que trae sobre esta disciplina la regulación de su ejercicio profesional.

El cuidado de enfermería: recuperación y mantenimiento de la salud

Ocho de los estudios determinaron que la atención otorgada por las enfermeras a la madre y al recién nacido durante el parto, parto y posparto reduce las molestias de estos periodos<sup>27</sup> al satisfacer las necesidades físicas y psicosociales<sup>28</sup> y generar una sensación de seguridad que contribuye a la recuperación; se agrega a lo descrito el fomento del acompañamiento del padre y la familia en este proceso.<sup>29</sup> En Etiopía, Shiferaw y otros,<sup>30</sup> establecieron en un estudio en el que participaron 909 mujeres, que la atención prenatal por personal calificado puede prevenir hasta el 75 % o más de las muertes maternas. Souza y otros,<sup>11</sup> analizan las causas de 72 defunciones adolescentes asociadas al embarazo, parto y posparto entre los años 1994 y 2005 y concluyen que el 67 % correspondían a muertes directas y que el cuidado prenatal es una estrategia imprescindible para la preservación de la vida en esta etapa.

Existen limitaciones en la ejecución de competencias específicas de las enfermeras en la sala de partos; un estudio observacional concluye que solo el 22 % de estas son realizadas, y es el periodo expulsivo el de mayor participación, seguido respectivamente por el trabajo de parto y el alumbramiento (24,2 %; 23,8 %; 20,8 %).<sup>7</sup> Un comportamiento similar lo exhibe la posibilidad de prescripción y disponibilidad de algunos medicamentos considerados cruciales en el manejo de las emergencias obstétricas;<sup>24</sup> como lo muestra un estudio llevado a cabo en 37 países encuestados de los cuales 33 contaban de forma permanente con la oxitocina, mientras que solo 10 tenían disponible el misoprostol; estos dos medicamentos son catalogados como esenciales para la prevención y el control de la hemorragia posparto.<sup>27</sup>

Dando suficiencia al objetivo del trabajo se presenta a continuación la evidencia disponible en los estudios cuantitativos (Tabla 2) y cualitativos (Tabla 3) incluidos en la revisión, sobre el aporte proporcionado por la disciplina de enfermería a la salud materna teniendo en cuenta los hallazgos anteriormente expuestos.

COMENTARIOS FINALES

La revisión exhibe que la enfermería ha construido evidencia en torno a su contribución a la salud materna<sup>7,9,11</sup> pero la actual subutilización laboral de estas profesionales en algunas regiones deja abierta brechas que acrecientan las dificultades en la atención.<sup>18</sup> Es necesario que los gobiernos de los países que tienen las RMM más elevadas revisen sus políticas sanitarias y educativas en lo concerniente a la regulación de esta profesión, puesto que sin la existencia de un soporte legal que respalde su práctica, no será posible que la enfermera forme parte integral del equipo de salud y pueda ejercer de forma autónoma la esencia de su labor "el cuidado", objeto para el cual fue formada.

Es prioritario realizar estudios enfocados en conocer las motivaciones existentes en el trabajo que desarrollan estas profesionales en dichos servicios, ya que los hallazgos encontrados en diversos estudios<sup>19,24</sup> hacen referencia a la falta de incentivos y a las precarias condiciones laborales que deben soportar. Es apremiante continuar con la identificación de las dificultades presentes en torno a la formación profesional en enfermería, y a la vez establecer planes de manejo que permitan a los futuros graduados realizar su labor con mayor autonomía y reconocimiento.<sup>28</sup> Ninguno de los estudios analizados describió la formación en este campo a nivel de pregrado como completa,<sup>14,23</sup> lo que reafirma la necesidad de generar un entrenamiento especializado en el área<sup>31</sup> para afianzar las competencias clínicas.<sup>21</sup>

Por otra parte, es significativo señalar que los aportes identificados en los estudios no hacen mención exclusiva a la ejecución de intervenciones que promuevan un bienestar físico. La salud mental, el cuidado espiritual e incluso la comprensión de la cultura se refinaron como aspectos de suma trascendencia durante la atención materna;<sup>17</sup> sin embargo, un estudio sugirió la necesidad de incrementar el apoyo psicoafectivo que la enfermera entrega a la mujer y a su grupo familiar en el posparto.<sup>16</sup> Cabe resaltar que la estrategia dominante en el ejercicio de la disciplina alrededor de cuidado materno perinatal, hace referencia a la educación impartida por la enfermera a la familia gestante en los momentos de atención.<sup>25</sup>



Tabla 2. Niveles de evidencia y grados de recomendación de los estudios cuantitativos

Table with 5 columns: No., Autores, Eje central del estudio, Niveles de evidencia, Grado de recomendación. It lists 14 studies with their authors, topics, evidence levels, and recommendation grades.

\* Estudios mixtos. Fuente: Niveles de evidencia y grados de recomendación Centre for Evidence-Based Medicine, Oxford (OCEBM).

Tabla 3. Niveles de evidencia y grados de recomendación de los estudios cualitativos

Table with 6 columns: No., Autores, Eje central del estudio, Alcance de los hallazgos, Utilidad\*, Descripción, Tema de decisiones. It lists 9 studies with their authors, topics, reach, utility, descriptions, and decision themes.

No se reportaron estudios con un nivel 1 y 4 (hallazgo más útil y menos útil). Ninguno de los estudios fue considerado de alta calidad. Las muestras rurales estuvieron conformadas por un único participante. \* Los antiguos denominados al nivel de calidad eran A, B, C y D respectivamente. \*\* Estudios mixtos. Fuente: adaptado de Gálvez Toro A. Nursing Based on Evidence.

Se recomienda una cooperación activa desde los diferentes entes sociales, 23 porque la pluralidad de estrategias que contrarrestan la problemática de la mortalidad materna precisa de una visión integral que promueva las herramientas apropiadas para el restablecimiento del bienestar de la mujer. Por último, conviene visibilizar un mayor nivel de evidencia en las intervenciones ejecutadas en la práctica de esta disciplina. 24

Las limitaciones de esta revisión sistemática tienen relación con la regulación dada a la atención materna en contextos internacionales, se encontraron diferentes denominaciones y campo de acción alrededor de este recurso humano, lo que impidió la comparación. Solo se eligieron los estudios que describan la participación de la enfermera obstetra, enfermera matrona o enfermera, los artículos que hicieron referencia a parteras profesionales o matronas no enfermeras se excluyeron. La metodología predominante en los estudios fue de tipo descriptiva cuantitativa o cualitativa, lo que no permitió analizar los resultados desde otras perspectivas, como son los diseños experimentales, entre otros.

Adicional a lo anterior y a través de la búsqueda realizada se observó un vacío en el conocimiento científico en torno a la evidencia de instrumentos de clasificación de evidencia para las investigaciones cualitativas, pese a que se resalta su importancia en la comprensión de diversos fenómenos sociales, son pocas las escalas encontradas en la literatura para tal fin.

La mayor relación de estudios citados en esta revisión es originaria de países latinoamericanos 40 %, que puede ser una respuesta a la necesidad imperante de mejorar las condiciones de salud materna en algunas de sus regiones. Otros estudios encontrados provienen de África 25 %, Asia 20 %, Norteamérica 10 %, solo uno de los estudios 5 %, tuvo la participación de 37 países. La evidencia encontrada destaca que aquellas enfermeras formadas o entrenadas de forma específica en el área, desarrollan una tarea más eficaz al interior de los programas dirigidos a contrarrestar la mortalidad y morbilidad materna. Queda por recalcar que es útil diversificar los diseños de los estudios realizados en enfermería, con la finalidad de incrementar la evidencia y recomendación de las intervenciones que se ejecutan en su práctica.

Es imprescindible reforzar la regulación profesional de la disciplina en este ámbito, que amplificará las oportunidades de atención de la población materna en las diferentes dimensiones de la vida (física, psicológica, social, cultural, espiritual y otras) desde los ámbitos de labor de la enfermería (clínicos y comunitarios).

Se concluye que desde la enfermería se ha generado evidencia para el manejo de la salud materna, no obstante es necesario robustecer la investigación bajo otros diseños como los experimentales porque afianzan el nivel de evidencia y grado de recomendación de sus intervenciones. Es indiscutible que el cuidado especializado promueve la salud e incide de forma positiva en la disminución de la mortalidad materna en los diversos contextos de la práctica laboral.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés para este estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

List of 11 references including: 1. Mortalidad materna, nota descriptiva. Ginebra: OMS; 2016. 2. Objetivos de Desarrollo Sostenible del Milenio 2015. 3. Ceballos Vásquez PA. Desde los ámbitos de enfermería, analizando el cuidado humanizado. 4. Gallardo AI. Evolution of nursing knowledge. 5. Levels of Evidence. Oxford: Centre for Evidence-Based Medicine (OCEBM); 2011. 6. Gálvez Toro A. Enfermería basada en la Evidencia. 7. Díaz García S, Zavala Suárez E, Ramírez Hernández C. 8. Henrique Duarte SJ, Villela Mamede M. 9. Álvarez-Franco C. 10. Shiferaw S, Spigt M, Godefrooij M, Melkamu Y, Tekie M. 11. Souza ML, Burghard D, Peregrino Ferreira L A, Camargo Bub MB, Monticelli M, Lentz HE.



12. Colmenares Z, Montero L, Reina R, González Z. Intervención de enfermería durante la clínica prenatal y conocimiento sobre riesgos fisiológicos de la adolescente embarazada. *Enferm Global*. 2010;18:1-10. Acceso: 06/02/2017. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n18/clinica4.pdf>
13. Bloch JR, Zupan S, McKeever AE, Barkin JL. Perinatal nurse home visiting referral patterns among women with diabetes and hypertension in Philadelphia. *J Obstet Gynecol Neonatal Nur*. 2016;46(1):29-39.
14. Narchi NZ. Exercise of essential competencies for midwifery care by nurses in São Paulo, Brazil. *Midwifery*. 2011;27(1):23-9.
15. Atkinson LD, Peden-McAlpine C. Advancing Adolescent Maternal Development: A Grounded Theory. *J Pediatric Nur*. 2014;29(2):168-76.
16. Salonen AH, Oommen H, Kaunonen M. Primiparous and multiparous mothers' perceptions of social support from nursing professionals in postnatal wards. *Midwifery*. 2014;30(4):476-485. <http://doi:10.1016/j.midw.2013.05.010>
17. Carvalheira APP, Tonete Vera LP, Parada CMGL. Feelings and Perceptions of Women in the Pregnancy-Puerperal Cycle Who Survived Severe Maternal Morbidity. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2010;18(6):1187-94.
18. Sharma B, Johansson E, Prakasamma M, Mavalankar D, Christensson K. Midwifery scope of practice among staff nurses: A grounded theory study in Gujarat, India. *Midwifery*. 2013;29(6):628-36.
19. Moores A, Puawe P, Buasi N, West F, Samor MK, Joseph N, et al. Education, employment and practice: Midwifery graduates in Papua New Guinea. *Midwifery*. 2016;41:22-9.
20. Narchi NZ, Cruz EF, Gonçalves R. The role of midwives and nurse-midwives in promoting safe motherhood in Brazil. *Ciência Saúde Coletiv*. 2013;18(4):1059-68.
21. Sunghee K, Giso S. Effects of nursing process-based simulation for maternal child emergency nursing care on knowledge, attitude, and skills in clinical nurses. *Nur Educat Today*. 2016;37:59-65. <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2015.11.016>
22. Kerr NL, Hauswald M, Tamrakar SR, Wachter DA, Baly GM. An inexpensive device to treat postpartum hemorrhage: a preliminary proof of concept study of health provider opinion and training in Nepal. *BMC Pregnant Childbirth*. 2014;14:81. <http://doi.org/10.1186/1471-2393-14-81>
23. Bognen MU, Van Teijlingen E, Berg M. 2013. Where midwives are not yet recognised: a feasibility study of professional midwives in Nepal. *Midwifery*. 2013;29(10):1103-9.
24. Mselle LT, Moland KM, Mvungi A, Evjen-Olsen B, Kohi TW. Why give birth in health facility? users and providers accounts of poor quality of birth care in Tanzania. *BMC Health Ser Res*. 2013;13(1):174-25.
25. Sakeah E, McCloskey L, Bernstein J, Yeboah-Antwi K, Mills S, Doctor H V. Can community health officer-midwives effectively integrate skilled birth attendance in the community-based health planning and services program in rural Ghana? *Reproduct Health*. 2014;11,90. <http://doi.org/10.1186/1742-4755-11-90>
26. Walker D, DeMaría L, González-Hernández D, Padron-Sales A, Romero-Alvarez M, Suarez L. Are all skilled birth attendants created equal? A cluster randomised controlled study of non-physician based obstetric care in primary health care clinics in Mexico. *Midwifery*. 2013;29(10):1199-205.
27. Smith JM, Currie S, Cannon T, Armbruster D, Perri J. Are national policies and programs for prevention and management of postpartum hemorrhage and preeclampsia adequate? A key informant survey in 37 countries. *Global Health Sci Pract*. 2014;2(3):275-84. <http://doi.org/10.9745/GHSP-D-14-00034>
28. Adegoke AA, Mani S, Abubakar A, Van den Broek N. Capacity building of skilled birth attendants: A review of pre-service education curricula. *Midwifery*. 2013;29(7):64-72.
29. Martínez Trujillo N. enfermería en la cobertura universal en salud: nuevos términos, viejas acciones. *Rev Cubana de Salud Pública*. 2015;41(supl):69-79.

Recibido: 10/11/2017  
Aceptado: 25/11/2017

Mildred Guarnizo-Tole. Universidad de Zaragoza. España.  
Correo electrónico: [gmildred@gmail.com](mailto:gmildred@gmail.com)

## Anexo 8. Informe de lectura de Tesis Doctoral UEB



Colombia, Bogotá D.C., 16 de julio de 2018

Respetados Directores:

Germán Vicente Rodríguez y Hugo Olmedillas Fernández

Mediante la presente, tengo el gusto de informarles que efectué la lectura de la tesis de la doctoranda Mildred Guarnizo Tole titulada: *"Prevención de la mortalidad materna desde el ejercicio profesional de la enfermería: prácticas y experiencia vivida"* y cumple con los requerimientos necesarios para ser presentada como una tesis doctoral.

La temática abordada por la doctoranda en su tesis, es de interés mundial por el impacto de la salud materna sobre la atención en salud, las repercusiones sociales y económicas de los países y el llamado a la acción de los profesionales de la salud que incluyen a enfermería.

El trabajo de tesis ha generado 4 artículos para su posible publicación en revistas internacionales y 1 de los cuales ya ha sido publicado, lo que contribuye a la transferencia y el aporte del conocimiento para enfermería y otras disciplinas relacionadas.

La presentación de la tesis es lógica y ordenada, y los elementos metodológicos abordados son acordes a los objetivos propuestos; por lo cual deseo expresarles mis felicitaciones por el trabajo realizado y recomendar la tesis para su presentación doctoral.

Con respeto y aprecio.



**Lina María Vargas Escobar RN., MSc., Ph.D.**  
Facultad de Enfermería-Universidad El Bosque  
Coordinadora de la línea de investigación Cuidado de Enfermería  
Grupo Salud y Calidad de Vida  
Miembro de la Sociedad de Honor de Enfermería  
Sigma Theta Tau Internacional - Upsilon Nu

## Anexo 9. Informe de lectura de Tesis Doctoral UFFS



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL  
*Campus Chapecó/18*

Chapecó- Brasil, 13 de julho, 2018.

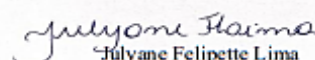
Caro Prof German Vicente Rodríguez,

Primeiramente quero manifestar que foi uma honra realizar a leitura da tese da candidata a PhD Mildred Guarnizo Tole, **“Prevención de la mortalidad materna desde el ejercicio profesional de la enfermería: prácticas y experiencia vivida”**, que cumpre com os requisitos esperados para a defesa do título de Doutora.

Destaco como fortalezas do estudo realizado a ousadia no emprego de métodos mistos para o alcance do objetivo do estudo, tema de grande complexidade e relevante para a constituição de políticas e programas de atenção à saúde da mulher. Sabe-se que, mundialmente, este tema vem fazendo parte da agenda de órgãos governamentais pelo impacto que causa nos desfechos à população.

Os achados deste estudo são de extrema importância para a área da Enfermagem e também para a Saúde da Mulher. Sendo que, também por seu potencial de replicação, este estudo pôde elucidar algumas questões que podem parecer simples mas que impactam nos resultados no cuidado durante o ciclo gravídico puerperal, como foi o caso dos achados sobre os conhecimentos específicos e das necessidades de formação permanente dos profissionais nos serviços.

Gostaria de parabenizar Dr German Vicente-Rodríguez, Dr Hugo Olmedillas Fernández e Mildred Guarnizo Tole pelo excelente trabalho de pesquisa conduzido e sinalizo que este trabalho possui qualidade e robustez para submissão ao PhD.



Júlyane Felipette Lima  
Docente Adjunta Universidade Federal da Fronteira Sul-campus Chapecó  
Doutora em Ciências pelo PPG Enfermagem UFPel  
Membro de Grupo de Pesquisa Interdisciplinar Saúde e Cuidado (GEPISC)

