



# **El cuidado de enfermería en Morbilidad Materna Extrema: elemento clave en la salud materna y perinatal**

**Lydia Esperanza Miranda Gámez**  
Autora principal

**María Cristina Coral Ibarra**  
**Lizeth Coral Montenegro**  
**Tania Judith Quiroz Buchely**  
Coautoras







**El cuidado de enfermería en  
Morbilidad Materna Extrema:**

**elemento clave en la salud materna y perinatal**





**El cuidado de enfermería en  
Morbilidad Materna Extrema:**

elemento clave en la salud materna y perinatal

**Lydia Esperanza Miranda Gámez**  
Autora principal

**María Cristina Coral Ibarra**  
**Lizeth Coral Montenegro**  
**Tania Judith Quiroz Buchely**  
Coautoras

*El cuidado de enfermería en Morbilidad Materna Extrema: elemento clave en la salud materna y perinatal*

Lydia Esperanza Miranda Gámez

María Cristina Coral Ibarra

Lizeth Coral Montenegro

Tania Judith Quiroz Buchely

**Editora:** Luz Elida Vera Hernández, Editorial UNIMAR

**Fecha de publicación:** 2020-09-09

**Páginas:** 122

**e-ISBN:** 978-958-8579-77-1

**Existencias**

**1 Libro Biblioteca Nacional – Libros**

*El cuidado de enfermería en Morbilidad Materna Extrema: elemento clave en la salud materna y perinatal*

Lydia Esperanza Miranda Gámez

María Cristina Coral Ibarra

Lizeth Coral Montenegro

Tania Judith Quiroz Buchely

**Entidad editora:** Editorial UNIMAR, Universidad Mariana

**Fecha de publicación:** 2020-09-09

**Páginas:** 122

**e-ISBN:** 978-958-8579-77-1

**Edición:** Primera

**Formato:** PDF

**Colección:** Resultado de Investigación

**Materia:** Promoción de la salud

**Palabras clave:** cuidado, Morbilidad Materna Extrema, salud

**País/Ciudad:** Colombia / San Juan de Pasto

**Idioma:** Español

**Menciones:** Ninguna

**Visibilidad:** Página web Editorial UNIMAR, Universidad Mariana

**Tipo de contenido:** El cuidado de enfermería en Morbilidad Materna Extrema: elemento clave en la salud materna y perinatal

© Editorial UNIMAR, Universidad Mariana

© Lydia Esperanza Miranda Gámez

© María Cristina Coral Ibarra

© Lizeth Coral Montenegro

© Tania Judith Quiroz Buchely

**Universidad Mariana**

**Nancy Andrea Belalcázar Benavides**

Rectora(e)

**Nancy Andrea Belalcázar Benavides**

Vicerrectora Académica

**Ángela María Cárdenas Ortega**

Directora de Investigaciones

**Luz Elida Vera Hernández**

Directora Editorial UNIMAR

## Editorial UNIMAR

**Luz Elida Vera Hernández**  
Directora Editorial UNIMAR

**Leidy Stella Rivera Buesaquillo**  
Corrección de Estilo

**David Armando Santacruz Perafán**  
Diseño y Diagramación

### Correspondencia:

Editorial UNIMAR, Universidad Mariana  
San Juan de Pasto, Nariño, Colombia, Calle 18 No. 34 – 104  
Tel: 7244460 Ext. 185  
E-mail: [editorialunimar@umariana.edu.co](mailto:editorialunimar@umariana.edu.co)

### Depósito Digital

Biblioteca Nacional de Colombia, Grupo Procesos Técnicos, Calle 24, No. 5-60 Bogotá D.C., Colombia.

### Disponible:

**Cítese como:** Miranda, L. E., Coral, M. C., Coral, L. y Quiroz, T. J. (2020). *El cuidado de enfermería en Morbilidad Materna Extrema: elemento clave en la salud materna y perinatal*. San Juan de Pasto: Editorial UNIMAR.

Las opiniones contenidas en el presente libro no comprometen a la Editorial UNIMAR ni a la Universidad Mariana, puesto que son responsabilidad única y exclusiva de las autoras, de igual manera, ellos han declarado que en su totalidad es producción intelectual propia, en donde aquella información tomada de otras publicaciones o fuentes, propiedad de otros autores, está debidamente citada y referenciada, tanto en el desarrollo del documento como en las secciones respectivas a la bibliografía.

El material de este libro puede ser reproducido sin autorización para uso personal o en el aula de clase, siempre y cuando se mencione como fuente su título, autoras y editorial. Para la reproducción con cualquier otro fin es necesaria la autorización de la Editorial UNIMAR de la Universidad Mariana.







# Contenido

<b>Presentación</b>	15
<b>Introducción</b>	19
<b>1. Justificación</b>	25
<b>2. Objetivos</b>	29
2.1 Objetivo general	31
2.2 Objetivos específicos	31
<b>3. Aspectos metodológicos</b>	33
3.1 Enfoque	35
3.2 Tipo	35
3.3 Diseño	35
3.4 Universo y población	35
3.4.1 Universo	35
3.4.2 Población	35
3.5 Muestreo y muestra	35
3.6 Criterios de inclusión y exclusión	36
3.6.1 Criterios de Inclusión	36
3.6.2 Criterios de exclusión	37

3.7	Instrumento de recolección de información	37
3.8	Validación del instrumento de recolección de información	38
3.9	Proceso de recolección de la información	39
3.9.1	Trabajo de campo	39
3.10	Procesamiento de la información	40
3.11	Plan de Análisis	40
3.12	Aspectos éticos-legales	41
3.13	Control de errores y sesgos	42
3.13.1	Sesgo de información	42
3.13.2	Sesgos de Selección	42
<b>4.</b>	<b>Resultados y Discusión</b>	<b>43</b>
4.1	Características biológicas, sociales y demográficas de las mujeres con Morbilidad Materna Extrema -MME	45
4.2	Cuidado de enfermería en la fase de reconocimiento del problema en la atención preconcepcional y atención del embarazo en mujeres con MME	50
4.2.1	Cuidado de enfermería en la fase de reconocimiento del problema en la atención preconcepcional	50
4.2.2	Cuidado de enfermería en la fase de reconocimiento del problema en la atención del embarazo	54

4.3	Cuidado de enfermería en las fases de oportunidad de decisión y acción, acceso a la atención y logística de referencia y calidad de la atención en el proceso de atención en la gestación, trabajo de parto, parto y puerperio de la atención en el proceso de atención en la gestación, trabajo de parto, parto y puerperio	62
4.3.1	Cuidado de enfermería en las fases de oportunidad de decisión y acción en el proceso de atención en el embarazo en mujeres con MME	62
4.3.2	Cuidado de enfermería en la fase de acceso a la atención y logística de referencia en mujeres con MME	70
4.3.3	Cuidado de enfermería en la fase de calidad de la atención en mujeres con MME	73
5.	<b>Conclusiones</b>	83
6.	<b>Recomendaciones</b>	85
	<b>Referencias</b>	86

# Lista de Figuras

Figura 1.	Cuidado en la Ruta de la vida o análisis de los retrasos (demoras)	23
Figura 2.	Municipio de procedencia de las mujeres con MME, Pasto 2015	45
Figura 3.	Municipio de procedencia de las mujeres con MME, Pasto 2015	46
Figura 4.	Estado de las mujeres con Morbilidad Materna Extrema, Pasto 2015	46

# Lista de Tablas

Tabla 1.	Características sociodemográficas de las mujeres con MME, Pasto 2015	47
Tabla 2.	Cuidado de enfermería en la fase de reconocimiento del problema en la atención preconcepcional de las mujeres con MME, Pasto 2015	51
Tabla 3.	Cuidado de enfermería en la fase de reconocimiento del problema del proceso de atención del embarazo en mujeres con MME, Pasto 2015	55
Tabla 4.	Cumplimiento de las actividades de enfermería en atención preconcepcional y atención en el embarazo frente a las variables sociodemográficas de las mujeres con MME, Pasto 2015	61
Tabla 5.	Oportunidad de decisión y acción en el proceso de atención de las mujeres con MME, Pasto 2015	63
Tabla 6.	Cumplimiento de las actividades de enfermería de oportunidad de decisión y acción en el proceso de atención frente a las variables sociodemográficas de las gestantes con MME, Pasto 2015	68
Tabla 7.	Cuidado de enfermería en el acceso a la atención y logística de referencia de las mujeres con MME, Pasto 2015	70
Tabla 8.	Cumplimiento de las actividades de enfermería acceso a la atención y logística de referencia frente a las variables sociodemográficas de las gestantes con MME, Pasto 2015	72
Tabla 9.	Cuidado de enfermería referente a la calidad en la atención de las mujeres con MME, Pasto 2015	73

# Lista de Anexos

Anexo A	Tamizaje para morbilidad materna extrema	93
Anexo B	Instrumento de recolección de información	94
Anexo C	Opción No aplica	104

# Presentación

La Mortalidad Materna (MM) es un claro problema de salud pública en el contexto internacional, nacional y regional, que refleja los graves problemas de pobreza, de agravio social, inequidad de género y de acceso y atención en salud a la mujer.

Dentro de las estrategias preventivas instauradas en los últimos años para impactar sobre las altas cifras de MM y mejorar los resultados perinatales, actualmente ha cobrado un papel muy importante el estudio de la atención recibida por las gestantes sobrevivientes a una Morbilidad Materna Extrema (MME), definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como la complicación obstétrica severa que requiere intervención urgente, para impedir el posible fallecimiento de la madre.

En el proceso de atención a gestantes con MME es importante el trabajo transdisciplinario para lograr la salud de las personas, por cuanto garantiza un cuidado integral, que aborda al ser humano desde un enfoque biopsicosocial y contextualizado a las condiciones en que vive, como también su forma de vivir.

El cuidado brindado por el profesional de Enfermería en las etapas preconcepcional, en el embarazo, en el trabajo de parto, en el parto y en



el posparto, es relevante, porque busca la promoción y mantenimiento de la salud como la detección y atención oportuna de factores de riesgo, que contribuya a la reducción de la MME y, por ende, de la MM.

El interés y la importancia de este libro se centra en que se exponen los resultados del estudio sobre el cuidado de enfermería en el proceso de atención preconcepcional, gestación, trabajo de parto, parto y puerperio en mujeres con MME de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud -IPS- de segundo y tercer nivel de atención en salud del municipio de Pasto en 2015, que confirman la necesidad de redimensionar el cuidado que el profesional en enfermería brinda a la población materno perinatal, teniendo en cuenta que por su formación integral es el recurso humano idóneo para liderar el cuidado de las mujeres en éstas etapas: promoción y mantenimiento de la salud, prevención de factores de riesgo y de la enfermedad, diagnóstico y tratamiento que influyen en el impacto en la salud de la población gestante y sus familias.

El estudio permitió determinar el cuidado de enfermería en el proceso de atención de la mujer, teniendo en cuenta las fases planteadas en la provechosa metodología de la Ruta de la Vida de los casos de MME, implementada en Colombia por el Ministerio de Salud y el Instituto Nacional de Salud, y el cumplimiento de las actividades de cuidado propuestas en los Protocolos para la atención de enfermería a la salud sexual y reproductiva de la mujer del Fondo de Población de Naciones Unidas -FNUAP- y el Ministerio de Salud y Protección Social, con base en las etapas preconcepcional, gestación, trabajo de parto, parto y postparto, que tuvieron como referente el modelo de cuidado cultural y la teoría de los postulados de Leinenger y Swason.

El libro se presenta en seis capítulos, de los cuales, el primer capítulo corresponde a la justificación; el segundo capítulo a los objetivos; el tercero capítulo describe los aspectos metodológicos que se tuvieron en cuenta en el estudio; el cuarto capítulo presenta los resultados y discusión, a la luz de los estudios realizados sobre el tema y la teoría, según las características biológicas, sociales y demográficas





de las mujeres con MME, identificando el cuidado de enfermería en la fases de: reconocimiento del problema en el proceso de atención preconcepcional, atención del embarazo, en la oportunidad de decisión y acción, en el acceso a la atención y logística de referencia y calidad de la atención en la gestación, trabajo de parto, parto y puerperio; para luego presentar el quinto capítulo con las conclusiones; y el sexto capítulo con las recomendaciones, estos dos últimos planteados con base en el análisis de los resultados.





# Introducción

La MM es un indicador del nivel de progreso y de las injusticias que afectan un país, está presente con mayor frecuencia en los países pobres del mundo y en menor proporción en países desarrollados, tiene un gran impacto a nivel familiar, social y económico. La MM está “relacionada con las posibilidades de acceso y la calidad de los servicios de salud, con el nivel de educación y el acceso a información, con los índices de pobreza y, en general, con condiciones socioculturales desfavorables y con circunstancias que generan necesidades y vulnerabilidades” (1).

“De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, la razón de MM en los países en desarrollo es de 230 por 100.000 nacidos vivos, mientras que en los países desarrollados es de 16 por 100.000” (2). Según el Ministerio de Salud y Protección Social (3), en Colombia la MM ha tenido un descenso de 104,9 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos en el 2000, a 53,1 en 2014. El país viene realizando importantes esfuerzos para reducir la MM (4), sin embargo, existen diferencias extremas de pobreza, acceso a la educación, zonas marginadas,



estereotipos, creencias y costumbres, entre otras, que muestran serios problemas de inequidad (5).

La MM está relacionada con la calidad de atención que se brinda a la mujer en su etapa preconcepcional y gestación. América Latina y el Caribe han tenido una serie de logros significativos a través de estrategias de intervención preventivas y de promoción de la salud de la gestante, alentando la participación de todos los sectores y reconociendo a la salud de las mujeres y los niños como un derecho humano fundamental (6). Para Rodríguez, Ruiz-Rodríguez y Jaime (7), estas estrategias parten de la definición de puntos críticos en el proceso de la atención materna, para lo cual, el análisis de las muertes maternas se ha constituido en una herramienta para mejorar los servicios de salud, en la toma de decisiones y en el fortalecimiento de políticas de prestación de éstos, la cual han sido complementadas con el análisis de la MME, que comprende las enfermedades que llevan a una grave complicación durante el embarazo, parto y puerperio, poniendo en riesgo la vida de la mujer. Este análisis permite fundamentar este evento de mayor frecuencia que la mortalidad, identificando y evaluando las posibles fallas en el proceso de atención a la gestante, impactando así la MM, por lo ello, actualmente, se considera como “indicador de la calidad de los cuidados maternos” (8). La metodología del análisis incluye el “análisis de las demoras” del modelo de Thaddeus y Maine (1994), lo cual permite identificar retrasos o demoras asociadas a la ocurrencia de la MME, estableciendo los determinantes biológicos, médicos y sociales, asociados con dicha enfermedad (9,10,11).

Los estudios (8-12) de análisis de MM y de MME concluyen que el papel del equipo de salud es relevante para lograr una atención oportuna y de calidad, para lo cual se requiere tener conocimientos adecuados y actualizados, aplicados con un enfoque holístico (13). La enfermera es esencial para lograr una atención de calidad a través de su cuidado, según el Ministerio de Salud y Protección Social y el Fondo de Población de las Naciones Unidas –UNFA- (14), teniendo en cuenta su formación



con base en teóricas como Swanson y Leininger. La primera, propone que para lograr la calidad de atención es necesario de una relación afectuosa, comprometida y responsable con la gestante y su hijo por nacer, que asociado a los fundamentos de Leininger, quien afirma que el cuidado debe darse con conocimiento de las creencias y prácticas culturales de las gestantes, se convierten en alianza perfecta para brindar un cuidado de enfermería con óptima calidad. Ambas teorías tienen aspectos en común, por cuanto las dos autoras tienen en cuenta a la persona, como un ser humano que puede realizar autocuidado y, además, puede preocuparse por las demás personas. Estos cuidados se brindan según las culturas y están relacionados, según Leininger, con el apoyo o capacitación de las personas vulnerables, para mitigar o mejorar su situación, y para Swanson, es una manera educativa de relacionarse con las personas que sentimos aprecio, compromiso y responsabilidad. En ese sentido, se propone para este estudio como base teórica el cuidado de enfermería en el proceso de atención, que establece una serie de actividades de la enfermera durante la etapa fértil, la gestación, el parto y el posparto, planteados en los Protocolos de Enfermería, con el abordaje del Modelo de Cuidado Cultural y la Teoría de los postulados de Leininger y Swanson, aplicados en cada una de las fases de la Ruta de la Vida.

Las actividades planteadas tienen en cuenta el contexto sociocultural de la población, que permitirá contribuir con su responsabilidad y compromiso a la conservación de la salud y a la vida de la gestante y su recién nacido. Es así como los Protocolos de Enfermería, para verificar el cumplimiento de estas actividades, contemplan indicadores que permiten comprobar las acciones realizadas por los profesionales de enfermería en la mujer en edad fértil, en el embarazo, en el parto y en el posparto. Algunos de estos indicadores se adaptaron a cada una de las fases de análisis de la Ruta de la Vida de los casos de MME, para lograr conocer la calidad de cuidado brindado a estas mujeres en estas fases.

La metodología del análisis de la Ruta de la Vida de los casos de MME permite:



Identificar en cada uno de los casos, las fases de retrasos o demoras asociadas a la ocurrencia de la MME, identificando no sólo los determinantes biológicos y médicos sino otros determinantes no médicos asociados con el evento final.

Los retrasos se clasifican en:

*Retraso tipo I:* demora para reconocer el problema y la necesidad de atención en salud, relacionada con falta de información sobre complicaciones del embarazo, señales de peligro y desconocimiento de deberes y derechos en salud sexual y reproductiva.

*Retraso tipo II:* demora en la toma de decisiones para la búsqueda de atención por parte de la gestante y su familia desde el sitio de habitación, relacionada con barreras sociales, culturales o económicas o con experiencias previas negativas frente a los servicios de salud.

*Retraso tipo III:* demora para acceder a una atención oportuna, relacionada con vías, transporte, sistemas de remisión de pacientes entre la comunidad y los proveedores de asistencia sanitaria, y con retraso en la referencia cuando la gestante accede a los servicios de salud. Relacionado también con aspectos administrativos que generan demoras o con la oportunidad y calidad de la referencia en condiciones que salven vidas.

*Retraso tipo IV:* asociado con todos los eventos que determinan una calidad de atención deficiente en los servicios de salud incluyendo, además del acto médico, todas las actividades de tipo administrativo que inciden en la óptima prestación del servicio desde la preconcepción, la atención prenatal, el parto y puerperio (9).



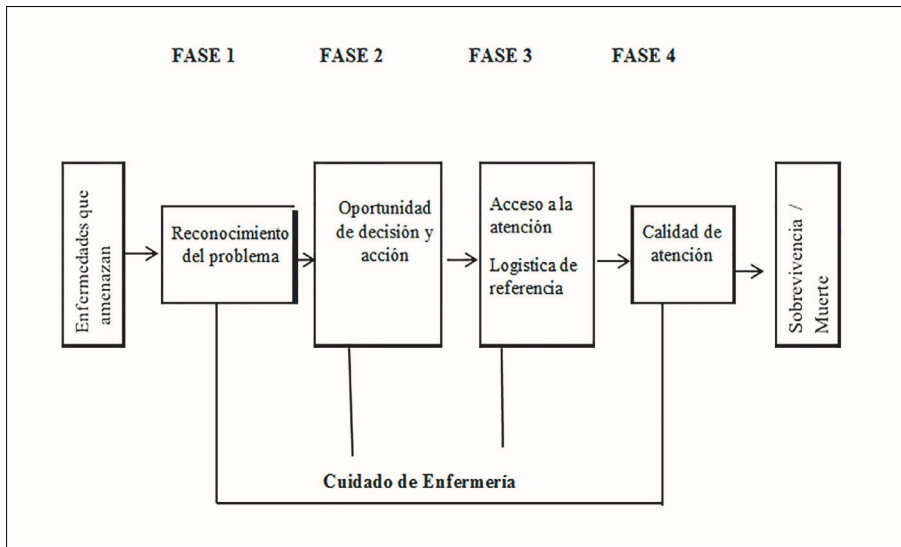


Figura 1. Cuidado en la Ruta de la vida o análisis de los retrasos (demoras).  
 Fuente. Adaptado de Protocolo de Vigilancia en Salud Pública. Vigilancia y análisis del riesgo en Salud Pública (11).









# 1. Justificación





Este estudio responde al llamado a la acción que realizan las agencias internacionales y el Ministerio de Salud y Protección Social en el marco del Plan de desarrollo departamental y municipal, a participar y unir esfuerzos para fortalecer la estrategia de reducción de la MM, proporciona resultados cuantificables que permiten fortalecer las políticas y mejorar la prestación de servicios de salud y los sistemas de vigilancia y evaluación y la atención comunitaria local en salud materna, propende porque la salud de las mujeres gestantes y sus hijos sea reconocida como un derecho humano fundamental, redimensiona el cuidado de enfermería desde la perspectiva del rol en la salud materno-infantil, teniendo en cuenta las necesidades de atención en salud de la mujer en etapa preconcepcional, embarazo, trabajo de parto, parto y puerperio, también contribuye a mejorar la calidad académica en la formación de profesionales de enfermería en pregrado y en posgrado.







## 2. Objetivos





## **2.1 Objetivo general**

Determinar el cuidado de enfermería en el proceso de atención preconcepcional, gestación, trabajo de parto, parto y puerperio en mujeres con Morbilidad Materna Extrema -MME- de segundo y tercer nivel de atención en salud del municipio de Pasto en el año 2015.

## **2.2 Objetivos específicos**

- Describir características biológicas, sociales y demográficas de las mujeres con MME.
- Identificar el cuidado de enfermería en la fase de reconocimiento del problema en el proceso de atención preconcepcional y atención del embarazo en mujeres con MME.
- Identificar el cuidado de enfermería en las fases de oportunidad de decisión y acción; acceso a la atención y logística de referencia y calidad de la atención en el proceso de atención en la gestación, trabajo de parto, parto y puerperio.









### 3. Aspectos metodológicos





### 3.1 Enfoque

Cuantitativo, para lo cual el estudio utilizó durante todo el proceso de investigación un proceso formal, objetivo, riguroso y sistemático, para obtener información sobre el cuidado de enfermería brindado en el proceso de atención preconcepcional, la gestación, trabajo de parto, parto y el puerperio de mujeres con MME.

### 3.2 Tipo

Estudio descriptivo, dado que parte de la caracterización de la situación de un problema de interés en salud materno perinatal como es el cuidado de enfermería en el proceso de atención preconcepcional, la gestación, trabajo de parto, el parto y el puerperio de las mujeres con MME.

### 3.3 Diseño

Transversal, porque se realizó el estudio durante los meses de julio a septiembre del año 2015.

### 3.4 Universo y población

**3.4.1 Universo.** Como referente para la población, muestra y muestreo, se tomó al número de Mujeres con diagnóstico de Morbilidad Materna Extrema en el departamento de Nariño en el año de 2014.

**3.4.2 Población.** Se tomó como referente para el cálculo de la muestra 179 mujeres con diagnóstico de Morbilidad Materna Extrema, las cuales se atendieron en dos IPS de segundo y tercer nivel en el municipio de Pasto, en los meses de julio a septiembre del año 2014.

### 3.5 Muestreo y muestra

La muestra fue calculada con una precisión aceptable, representada por medio de un error estándar relativo del 5 %, una prevalencia del 95,1 % de gestantes que recibieron información y educación por parte de la enfermera(o) durante el control prenatal, en el estudio de *Calidad*



del control prenatal realizado por profesionales de enfermería en una IPS Pública de Manizales 2007 (15), que corresponde a una de las variables que se trabajó en el presente estudio, en las mujeres con MME cuando realizaron su control prenatal en una IPS de primer nivel. Un nivel de confiabilidad del 95 % y una población total de 179 mujeres atendidas en las IPS de referencia en el período anterior (2014), utilizando la expresión de muestreo aleatorio simple para población finita.

$$n = \frac{Z^2 * p * q * N}{E^2}$$

$$N * E^2 + Z^2 * p * q$$

$$n = \frac{32,66}{0,618} = 52,6$$

$$0,618$$

Con base en el cálculo muestral, se encuestaron a 53 mujeres con MME, las cuales se seleccionaron hasta completar la muestra por conteo de censo del total de las mujeres que se encontraban hospitalizadas en dos IPS de segundo y tercer nivel del municipio de Pasto (Hospital Universitario Departamental de Nariño – HUDN – y Fundación Hospital San Pedro – FHSP -), en los meses de julio a septiembre del año 2015, y quienes reunieron los criterios de inclusión y exclusión.

### 3.6 Criterios de inclusión y exclusión

#### 3.6.1 Criterios de inclusión.

- Mujeres en embarazo, parto o puerperio clasificadas como MME por la ficha de tamizaje establecida por el Instituto Nacional de Salud y el Ministerio de Salud y Protección social que se encuentra adoptada en las Unidades de Notificación Obligatoria, para este caso las IPS de segundo y tercer nivel (ver Anexo A).
- Mujeres embarazo, parto o puerperio clasificadas con MME hospitalizadas en servicio de Ginecobstetricia y Cuidados Intensivos.



- Mujeres en embarazo, parto o puerperio clasificadas con MME que dieron su autorización de participación en el estudio.

### **3.6.2 Criterios de exclusión.**

- Mujeres en embarazo, parto o puerperio clasificadas con MME hospitalizadas que no se encuentren clínicamente estables.
- Mujeres en embarazo, parto o puerperio clasificadas con MME hospitalizadas que tengan algún tipo de discapacidad que le impida dar información en el momento de la encuesta.

### **3.7 Instrumento de recolección de información**

Se utilizó una encuesta tipo cuestionario, adaptado del protocolo de enfermería de atención de la mujer en edad fértil, gestante, trabajo de parto, parto y puerperio del Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA) y del formato de recolección de datos para casos de morbilidad materna extrema del Ministerio de Salud y la Protección Social y UNFPA (14), en el que se plantean preguntas que verifican el cumplimiento de las actividades del profesional de enfermería, en cada una de estas fases de la Ruta de la Vida de los casos de MME, para lo cual se tomó como referencia el protocolo de notificación de datos para casos de morbilidad materna extrema del Ministerio e Instituto Nacional de Salud INS (11).

Las actividades que se verificaron en cada fase se adaptaron de los criterios de evaluación del cumplimiento del cuidado de enfermería contemplados en los instrumentos estandarizados de los protocolos de enfermería para el cuidado de la mujer durante la etapa fértil, la gestación, el parto y el postparto, que fueron elaborados basados en la evidencia científica con el abordaje del modelo de cuidado cultural y la teoría de los postulados de Leinenger y Swason, en el contexto del sector salud colombiano (14).

Este instrumento (Anexo B) se compuso por 55 ítems en total, dividido en dos partes. La primera parte, corresponde a la información



sociodemográfica de las mujeres clasificadas como MME; y la segunda, contempla 4 módulos, así: 1) Reconocimiento del problema en la atención preconcepcional y en el embarazo, 2) Oportunidad de decisión y acción en el proceso de atención, 3) Acceso a la atención/logística de referencia, y 4) Calidad de la atención. Cada módulo corresponde a cada fase contempladas en las Ruta de la Vida de los casos de MME (9).

La escala de medición permitió determinar el nivel de acuerdo o desacuerdo de las mujeres encuestadas con los cuidados brindados en cada módulo, para lo cual se ofrecieron respuestas en los niveles de medición (si se cumple, se cumple parcialmente y no se cumple) y se contempló también las opciones de no aplica y no responde para cada variable (ver Anexo C). La opción de No aplica atañó a situaciones en que la gestante no tuvo contacto con el profesional de enfermería por protocolos de la institución donde fue atendida o porque no asistió a actividades programadas por la institución. La opción de No aplica también se tuvo en cuenta en mujeres encuestadas que no lograron recordar con exactitud si fueron atendidas por profesional de enfermería. La opción de No responde perteneció a las mujeres encuestadas que voluntariamente no dieron esa respuesta.

### **3.8 Validación del instrumento de recolección de información**

Una vez elaborado el instrumento fue sometido a validación de contenido y confiabilidad por revisión de dos expertas en los ítems de organización del instrumento, contenido del cuestionario, pertinencia, claridad y redundancia, con preguntas tipo escala con una matriz de respuesta nominal y con una casilla para observaciones. Las expertas que participaron fueron dos profesionales de Enfermería, una con Maestría en Atención Materno Infantil y Especialista en Enfermería Materno Perinatal; y una Profesional de Enfermería, Especialista en Gerencia de Servicios de Salud, Coordinadora Departamental de Salud Sexual y Reproductiva. Una vez realizados los ajustes dados por las expertas, se obtuvo la versión final del instrumento, posteriormente se procedió a realizar una prueba piloto a 30 mujeres que habían pasado



por un evento de MME en una E.S.E. de segundo nivel de un municipio diferente a Pasto. La prueba piloto tuvo como objetivo identificar dificultades en las preguntas y respuestas a los ítems de los cuatro módulos, además, medir el tiempo promedio de aplicación y realizar un análisis estadístico preliminar.

Cabe mencionar que se encontraron algunas dificultades en el entendimiento de las preguntas más técnicas, el diligenciamiento tuvo una duración aproximada de 15 a 20 minutos; a partir de los hallazgos encontrados se modificó el instrumento.

La prueba piloto se sistematizó en SPSS 20, donde se evaluó la consistencia interna por medio del alfa de Cronbach, encontrando una consistencia por encima del 0,7; la estabilidad temporal se evaluó por medio del índice de kappa con una concordancia mayor a 0,7, por lo cual, se concluyó que el documento es válido en términos de contenido y confiabilidad.

### **3.9 Proceso de recolección de la información**

**3.9.1 Trabajo de campo.** Las encuestas fueron diligenciadas por un grupo de trabajo de campo compuesto por la investigadora principal, tres coinvestigadoras y una auxiliar de enfermería debidamente capacitada en la aplicación del instrumento.

Se aplicaron 53 encuestas, según el tamaño muestral establecido, no hubo pérdidas de la muestra por condiciones de salud o por otro motivo. Las encuestas se aplicaron de lunes a domingo, a las mujeres que se seleccionaron por censo de las que se encontraban hospitalizadas, que reunieron los criterios de inclusión y exclusión, durante el día o en la noche, realizando la captación por medio de la revista de enfermería entregada a primera hora. Durante la recolección de la información debía estar presente al menos uno de los investigadores, que tenían como labor principal revisar en campo el adecuado desempeño de la encuestadora, la completitud y el correcto diligenciamiento del cuestionario y adecuada clasificación de mujer con morbilidad materna



extrema, ya que en caso de existir algún error en el cuestionario o en la clasificación se pudiera completar o corregir en la institución.

### **3.10 Procesamiento de la información**

El procesamiento de la información proveniente del trabajo de campo se sistematizó a través de hojas de cálculo en el programa Microsoft Excel, el cual previamente se validó de acuerdo a la estructura lógica de cada variable, con el fin disminuir la probabilidad de error en el proceso de digitación, el cual se llevó a cabo por medio de sesiones de trabajo con la auxiliar de enfermería que aplicó las encuestas.

### **3.11 Plan de análisis**

Se realizó un análisis descriptivo univariado del total de las variables contempladas, en la primera parte, que corresponde a las características sociodemográficas, y en la segunda parte de la encuesta, que contempla los cuatro módulos de reconocimiento del problema en la atención preconcepcional y en el embarazo, oportunidad de decisión y acción en el proceso de atención, acceso a la atención/logística de referencia y calidad de la atención utilizando distribuciones de frecuencias, las cuales se presentan en tablas a través del programa complemento XLSTAT de Microsoft Excel®, por medio de frecuencias y porcentajes, las variables cualitativas tanto nominales como ordinales.

Las frecuencias y porcentajes se presentaron teniendo en cuenta las respuestas de la escala de medición que se utilizó en el instrumento, y se ajustó la población muestral para cada variable, excluyendo las respuestas de no aplica y no responde.

Para la segunda parte, donde se contemplan los cuatro módulos, se crearon cuatro variables adicionales, por medio de un sistema que brinda la calificación global de cada módulo, de acuerdo a las actividades realizadas por el personal de enfermería durante la atención de la gestación, trabajo de parto, parto y puerperio, en cada una de las fases de la Ruta de la Vida. Se creó una variable dicotómica





por cada módulo de cumple o no cumple con la atención y educación prestada a la gestante, por medio de la sumatoria de los ítems que componen cada módulo, dado que la calificación va de 1 a 3, donde 1 no se realizó el procedimiento, 2 se realizó parcialmente, y 3 se realizó efectivamente, se estableció que sumatorias por encima del punto medio se categorizarían como cumplimiento y sumatorias del punto medio hacia abajo corresponderían a un no cumplimiento de la percepción de las pacientes frente a la educación y atención brindada por el personal de enfermería, por ejemplo, el módulo 1 consta de 9 ítems, por lo cual la sumatoria máxima es 27 (3x9) y la mínima 9 (1x9) teniendo como punto medio 18, así pues, sumatorias por encima de 18 corresponderían a cumplimiento en la atención, mientras que sumatorias de 18 o menos serían un no cumplimiento.

Con estas cuatro nuevas variables se realizó un análisis bivariado, con el fin de determinar el cumplimiento de las actividades en el cuidado brindado por el profesional de enfermería según las variables sociodemográficas, empleando la prueba de Chi cuadrado y planteando como hipótesis nula: la independencia o ausencia de relación entre las variables de las actividades en el cuidado brindado por el profesional de enfermería en cada una de las fases de la Ruta de la Vida (9) frente a las variables sociodemográficas. Se aplicó la corrección de continuidad de Yates por sugerencia del software en el caso de los cruces 2 x 2.

### **3.12 Aspectos éticos-legales**

El desarrollo de la investigación se realizó teniendo en cuenta las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, vislumbradas en la Resolución No. 008430 de 1993 y principios éticos para investigación médica en seres humanos contempladas en la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, de manera que se asegure el cumplimiento de los principios de beneficencia y no maleficencia, respeto por la persona y justicia. El consentimiento informado firmado permitió mantener la confidencialidad de la información.



### 3.13 Control de errores y sesgos

**3.13.1 Sesgo de información.** Para el control del sesgo de información se tuvo en cuenta que, al instrumento diseñado para la investigación se le realizó una validación de contenido y confiabilidad con revisión de expertos y una prueba piloto con el fin detectar los sesgos que se pueden originar y de esta manera realizar la rectificación del mismo.

Otro aspecto que se tuvo en cuenta fue las limitaciones de las respuestas por posibles sesgos de información relacionados con la memoria de las mujeres con MME encuestadas, para lo cual se las instruyó a cada una de ellas, explicándoles que informen en el momento de la encuesta si no lograban recordar con exactitud si fueron atendidas por profesional de enfermería, para la cual se dio la opción de No aplica.

**3.13.2 Sesgos de Selección.** Para la selección de las mujeres con MME se tuvo en cuenta la ficha de tamizaje establecida por el Instituto Nacional de Salud y el Ministerio de Salud y Protección social que se encuentra adoptada en las Unidades de Notificación Obligatoria, para este caso las IPS de segundo y tercer nivel (Anexo A), que permitió filtrar las mujeres que no cumplieron con los criterios de inclusión.





## 4. Resultados y Discusión





#### 4.1 Características biológicas, sociales y demográficas de las mujeres con Morbilidad Materna Extrema - MME

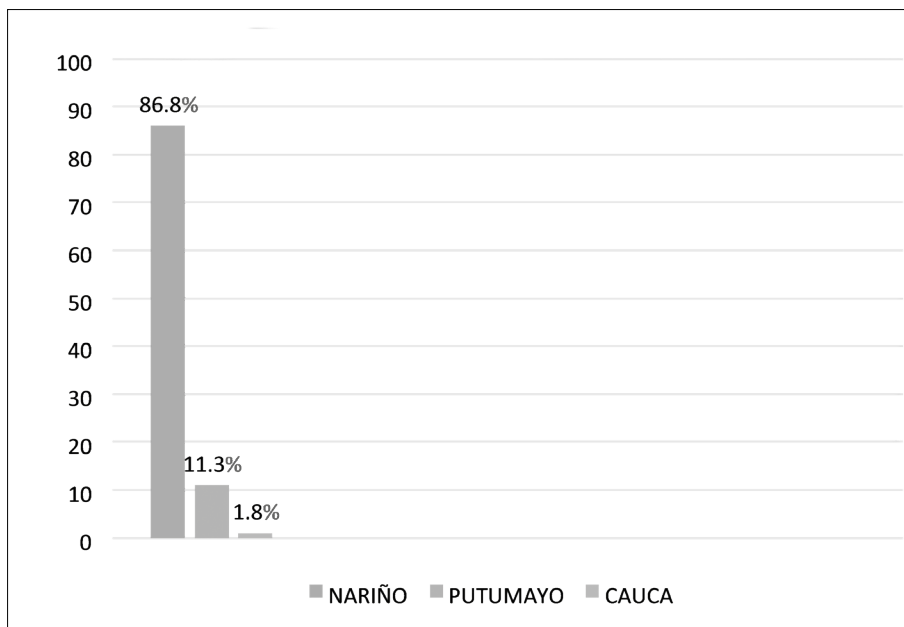


Figura 2. Municipio de procedencia de las mujeres con MME, Pasto 2015.

En la Figura 2 se muestra que en el estudio participaron mujeres con MME procedentes del departamento de Nariño con 46 pacientes, Putumayo con 6 y Cauca con 1.





Figura 3. Municipio de procedencia de las mujeres con MME, Pasto 2015.

En la Figura 3 se observa que las 53 mujeres clasificadas con MME encuestadas provenían de 21 municipios diferentes, siendo Pasto el municipio con mayor número de pacientes (20), seguido por Tumaco con 5 pacientes.

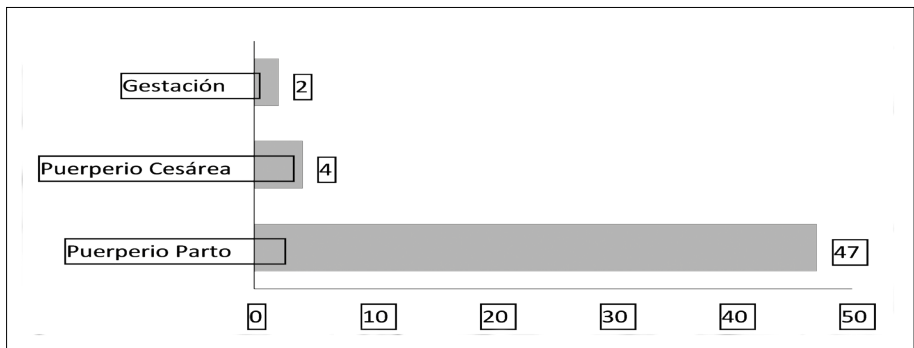


Figura 4. Estado de las mujeres con Morbilidad Materna Extrema, Pasto 2015.



El estado de las mujeres con MME en el momento de la encuesta correspondió a 47 en puerperio de parto vaginal (88,6 %), 4 de puerperio de cesárea (7,6 %) y 2 en gestación (3,8 %).

Tabla 1. *Características sociodemográficas de las mujeres con MME, Pasto 2015*

Variables sociodemográficas		n	%
Zona	Rural	25	47,2
	Urbano	28	52,8
Grupo de edad	15 a 19	11	20,8
	20 a 24	12	22,6
	25 a 29	10	18,9
	30 a 34	9	17
	35 y más	11	20,8
Etnia	Blanca	11	20,8
	Indígena	6	11,3
	Mestiza	28	52,8
	Negra	8	15,1
Estudios	Primaria	17	32,1
	Secundaria	27	50,9
	Universitarios	3	5,7
	Tecnológicos	1	1,9
	Técnicos	5	9,4



	Casada	10	18,9
Estado civil	Unión estable	20	37,7
	Soltera	23	43,4
Vive sola	No	52	98,1
	Sí	1	1,9

En la Tabla 1 se muestra que las mujeres con MME provenían en un 52,8 % de la zona urbana, un 22,6 % se encontraba entre los 20 a 24 años, seguida por las de 15 a 19 y 35 y más años, ambos grupos con un porcentaje de 20,8 %. En un 52,8 % las mujeres manifestaron pertenecer a la etnia mestiza. Con respecto al nivel educativo, se encontró que 3 de cada 10 mujeres tenían estudios de básica primaria y un 50,9 % estudios de secundaria. El 43,4 % de las mujeres están solteras, una sola mujer refirió vivir sola; el 88,6 % estaba en puerperio de parto, el 7,6 % de puerperio de cesárea y el 3,8 % en gestación.

Los resultados relacionados con la procedencia de las mujeres con MME son similares a los encontrados en el estudio de *MME en Cuidados Intensivos Obstétricos Cartagena* (16), donde se encontró que los casos de MME eran procedentes del área urbana con un 54,2 % y del área rural 42,7 %, estos resultados difieren de los encontrados en el estudio *Comportamiento de la morbilidad materna extrema en el departamento del Meta, Colombia* (17), que reporta que el 83 % de los casos de MME procedían de la cabecera municipal correspondiente al área urbana.

En cuanto a los resultados con respecto a las edades de las mujeres con MME que fueron encuestadas, se encontró que el estudio de *caracterización de la MME en el Instituto Materno Infantil – Hospital La Victoria-* (12), mostró resultados diferentes, ya que las edades de las gestantes con mayor incidencia están en el grupo de 16 a 20 años con un 30 %, seguida de las edades entre 21 a 25 con un 26 %.





En el estudio sobre *Factores asociados con la mortalidad materna en las afiliadas a una E.P.S. del régimen subsidiado, durante el año 2008* (18), se encontró que el 75 % de las mujeres pertenecían a la clasificación de otras etnias que incluía la mestiza y la blanca, y el 25 % restante a las etnias indígenas, negra, mulata y afrocolombiana o afrodescendiente; estos resultados tienen la misma tendencia a la del presente estudio.

Con respecto a los resultados sobre el nivel de estudios de las mujeres con MME, estos difieren a los encontrados en el estudio *Caracterización de la Morbilidad Materna Extrema en el Instituto Materno Infantil – Hospital la Victoria* (12), en cuanto al nivel educativo que refiere un mayor porcentaje en el nivel de básica primaria con un 91 % y coincide con otros estudios que muestran como máximo nivel educativo el haber cursado la secundaria, tal como se evidencia en el estudio *Comportamiento de la morbilidad materna extrema en el departamento del Meta, Colombia* (17) con un 43,8 %, y en el estudio de *Determinantes sociales de la morbilidad materna extrema, Hospital Occidente de Kennedy, junio de 2012 - noviembre 2014* (19), en el que se encuentra que el mayor peso porcentual se encontró en las mujeres con MME con secundaria completa.

Los resultados del estado civil de las mujeres con MME de este estudio difieren del estudio *Caracterización de la Morbilidad Materna Extrema en el Instituto Materno Infantil – Hospital la Victoria* (12), que muestra que el 72 % de las gestantes son casadas y un 24 % de las pacientes son solteras. En el presente estudio no se reportan mujeres con MME casadas.

Se tiene establecido que la MME y la MM están relacionadas con los contextos económicos, políticos, sociales, culturales y geográficos, en los que nacen y crecen las personas, incrementándose el riesgo en el grupo de mujeres que viven en las áreas rurales, con bajos niveles escolares, indígenas y afrodescendientes a padecer un evento de estos (9). Aunque los resultados del estudio coinciden en que el evento de MME se presenta con mayor porcentaje en mujeres con niveles escolares bajos, los porcentajes del estudio con respecto a las demás características sociodemográficas no concuerdan con este perfil



establecido, e incluso se tienen resultados diferentes a otros estudios, por lo tanto, se hace necesario e importante resaltar que cada contexto tiene sus propias características, las cuales son necesarias tenerlas en cuenta para orientar las intervenciones adecuadas a éste (9). Otro estudio, como el denominado *Determinantes sociales de la morbilidad y mortalidad maternas* (20), confirma que las mujeres y sus familias con un evento de MME están inmersas en contextos de precariedad económica y exclusión, esto se une a procesos de migración a zona urbana, que llevan a procesos de detrimento del derecho a la salud con barreras culturales, sociales y económicas, que ponen en riesgo de sufrir un evento de MME a cualquier mujer, para este estudio correspondió en mayor porcentaje a la etnia de mestizas, con básica primaria, solteras, en las edades de 20 a 24 años y nivel de estudio de secundaria, hallazgos vitales a la hora de realizar un análisis de equidad para el planteamiento de intervenciones que favorezcan el estado de salud de dichas mujeres.

## **4.2. Cuidado de enfermería en la fase de reconocimiento del problema del proceso de atención preconcepcional y atención del embarazo en mujeres con MME**

**4.2.1 Cuidado de enfermería en la fase de reconocimiento del problema en la atención preconcepcional.** Los resultados del estudio identificaron que el cumplimiento de las actividades del cuidado del profesional de enfermería en la fase de retraso o demora asociadas a la ocurrencia de la MME, correspondiente al reconocimiento del problema del proceso de atención preconcepcional en mujeres con MME, reportó como hallazgos que antes de quedar en embarazo, el mayor porcentaje representado con un 26,4 % estuvo en el cumplimiento de la enfermera en la actividad de dar a conocer el derecho a acceder a métodos de planificación familiar; el mayor porcentaje de parcialmente representado con un 43,4 % fue en la actividad de dar a conocer el derecho a decidir libre y responsable el número de hijos y el intervalo entre ellos; y el mayor porcentaje de no cumplimiento con un 67,9 %



estuvo en las actividades de dar a conocer los factores de riesgo para un embarazo y en la de mostrar respeto por la decisión de tener un hijo o no (ver Tabla 2).

Tabla 2. *Cuidado de enfermería en la fase de reconocimiento del problema en la atención preconcepcional de las mujeres con MME, Pasto 2015*

<b>Atención preconcepcional</b>		<b>n</b>	<b>%</b>
La enfermera, antes de usted quedar embarazada, estableció dialogo para hablar de su deseo de tener un hijo	Sí	8	15,1 %
	Parcialmente	21	39,6 %
	No	24	45,3 %
La enfermera, antes de usted quedar embarazada, le dio a conocer el derecho a tener información sobre todos los aspectos relacionados con la sexualidad, conocer cómo funciona el aparato reproductor femenino y masculino	Sí	2	3,8 %
	Parcialmente	21	39,6 %
	No	30	56,6 %
La enfermera antes de quedar embarazada le dio a conocer el derecho que tienen hombres y mujeres a decidir de manera libre y responsable la posibilidad de ser padres o madres	Sí	2	3,8 %
	Parcialmente	17	32,1 %
	No	34	64,2 %
La enfermera antes de quedar embarazada le dio a conocer el derecho a decidir libre y responsablemente el número de hijos y el intervalo entre ellos	Sí	2	3,8 %
	Parcialmente	23	43,4 %
	No	28	52,8 %



La enfermera antes de quedar embarazada le dio a conocer el derecho a acceder a métodos de planificación familiar	Sí	14	26,4 %
	Parcialmente	19	35,8 %
	No	20	37,7 %
La enfermera antes de quedar embarazada le permitió expresar sus dudas, inquietudes y necesidades en aspectos relacionados con la salud sexual y reproductiva	Sí	2	3,8 %
	Parcialmente	16	30,2 %
	No	35	66,0 %
La enfermera antes de quedar embarazada le dio a conocer los factores de riesgo para un embarazo	Sí	2	3,8 %
	Parcialmente	15	28,3 %
	No	36	67,9 %
La enfermera antes de quedar embarazada le explicó la importancia del autocuidado o prácticas saludables para lograr tener una salud sexual y reproductiva	Sí	2	3,8 %
	Parcialmente	20	37,7 %
	No	31	58,5 %
La enfermera antes de quedar embarazada le mostró respeto por la decisión que tener un hijo o no	Sí	5	9,4 %
	Parcialmente	12	22,6 %
	No	36	67,9 %

Los resultados de la Tabla 2 invitan a la imperiosa necesidad de continuar trabajando arduamente en visibilizar el cuidado de la salud sexual y reproductiva, incluido el autocuidado, ejercicio de la sexualidad, los derechos sexuales y reproductivos, la información sobre el funcionamiento del aparato sexual y reproductivo, los servicios



de anticoncepción y la información sobre factores de riesgo para la concepción, entre otros, no solo como la intervención clave y una de la más eficaces, sino como un derecho humano (14), fundamentado en los derechos sexuales y reproductivos que todo ser humano debe ejercer, por lo cual, el Estado colombiano debe garantizar a los ciudadanos en las diferentes etapas del ciclo vital la más amplia información sobre estos temas.

Un estudio de casos y controles, denominado *Características de la Atención Hospitalaria y su relación con la Morbilidad Materna Extrema en Medellín* (21), reporta que solo el 16,0 % de las participantes manifestó no haber recibido educación pregestacional sobre planificación familiar, resultado que se diferencia del porcentaje del presente estudio, el cual reporta un 37,7 % en que la enfermera en el control antes de quedar embarazada sí le dio a conocer el derecho a acceder a métodos de planificación familiar y un 35,8 % lo hizo de manera parcial. Es importante mencionar que fue muy difícil encontrar antecedentes de estudios sobre el quehacer de la enfermera en la etapa preconcepcional, además, es preocupante los resultados del presente estudio, ya que evidencian un bajo porcentaje de cumplimiento en las actividades del cuidado preconcepcional y un porcentaje alto en la de cumplimiento parcial y no cumplimiento, sobre todo cuando es claro que el profesional de enfermería, desde la promoción del autocuidado, debe estar encaminado a favorecer y proteger la salud de la gestante, desde el período preconcepcional, así como también promover la toma de decisiones adecuadas y oportunas para el mantenimiento de su salud (14), de tal manera que contribuya a la reducción de la presencia de casos de MM y MME.

Es este el motivo por el cual el profesional de enfermería debe recordar que este cuidado está enmarcado en una excelente asesoría de salud sexual y reproductiva preconcepcional, con base en la asesoría, “debe entenderse como un proceso de orientación a la usuaria para promover el autocuidado en salud sexual y reproductiva y empoderarla en la



toma de decisiones sobre diversos aspectos: el deseo de gestación o de control sobre su fecundidad; interrupción voluntaria del embarazo en las condiciones que plantea la ley; reconocimiento de los factores de riesgo” (14), entendiéndose que dicha orientación será realizada con calidez y teniendo en cuenta las creencias que tienen las mujeres, que llevan a tener diversas prácticas de cuidado en su salud sexual y reproductiva, de acuerdo a su vivencia e interpretación, acogiendo así, las teorías de cuidado propuestas por Swason y Leininger para lograr calidad en el cuidado brindado.

Es así como la en la actualidad “se requiere que los proveedores de salud manejen la misma información con respecto al cuidado preconcepcional y que de manera rutinaria, se discutan como mínimo los siguientes temas: planeación de la familia, espaciamiento de los hijos, prevención del embarazo no deseado, importancia del control prenatal temprano y la detección temprana de los factores de riesgo, entre otros aspectos” (14).

**4.2.2 Cuidado de enfermería en la fase de reconocimiento del problema en la atención del embarazo.** En el cumplimiento de las actividades de reconocimiento del problema en la atención del embarazo, el porcentaje de mayor cumplimiento con un 86 % fue el de la enfermera en el control le dio a conocer los signos de alarma por los cuales debe acudir a la institución de salud, seguido del porcentaje de cumplimiento de un 82 % en que la enfermera en el control le explicó la importancia de asistir al control prenatal. El porcentaje más alto en el cumplimiento parcial fue de 4,1 %, relacionado con que la enfermera en el control le permitió expresar sus dudas, inquietudes y necesidades en aspectos relacionados con salud sexual; el mismo porcentaje en el que la enfermera en el control le explicó los deberes y derechos en salud en el embarazo, parto y después del parto, ésta también obtuvo el porcentaje más alto de no cumplimiento con un 28,5 % (ver Tabla 3).



Tabla 3. *Cuidado de enfermería en la fase de reconocimiento del problema del proceso de atención del embarazo en mujeres con MME, Pasto 2015*

<b>Variable</b>	<b>Sí</b>	<b>Parcialmente</b>	<b>No</b>
La enfermera en el control le dio a conocer los signos de alarma por los cuales debe acudir a la institución de salud (n=50)	86,0 %	4,0 %	10,0 %
La enfermera en el control le dio a conocer el derecho a tener acceso a servicios de salud que garanticen una maternidad libre de riesgos (n=50)	70,0 %	4,0 %	26,0 %
La enfermera en el control le dio a conocer el derecho de acceder a métodos de planificación familiar seguros (n=50)	78,0 %	2,0 %	20,0 %
La enfermera en el control le dio a conocer el derecho a decidir libre y responsablemente el número de hijos (n=50)	68,1 %	4,0 %	27,9 %
La enfermera en el control le explicó la importancia de asistir a control prenatal (n=50)	82,0 %	4,0 %	14,0 %
La enfermera en el control le permitió expresar sus dudas, inquietudes y necesidades en aspectos relacionados con salud sexual (n=49)	75,5 %	4,1 %	20,4 %
La enfermera en el control le explicó los deberes y derechos en salud en el embarazo, parto y después del parto (n=49)	67,4 %	4,1 %	28,5 %



Los resultados del presente estudio (ver Tabla 3) con respecto al cumplimiento de: la enfermera en el control del embarazo le dio a conocer los signos de alarma por los cuales debe acudir a la institución de salud, tiene un mayor porcentaje de cumplimiento que los resultados encontrados en el estudio *Características de la Atención Hospitalaria y su relación con la Morbilidad Materna Extrema en Medellín* (21), estudio que indicó que la educación brindada por enfermería sobre signos de alarma fue en un 78 %.

Otro estudio, denominado *Nivel de conocimiento de las señales de alarma y conducta de la paciente con morbilidad materna extrema atendida en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima (Perú), de enero-febrero 2015* (22), evidenció que del 76,7 % de las pacientes con MME respondieron apropiadamente la conducta a seguir cuando se les presentó un signo de alarma debido a la información brindada por el personal de salud en la atención prenatal, lo cual confirma la necesidad de lograr que el 100 % de mujeres gestantes reciban información y educación sobre los signos de alarma y cómo proceder ante la presencia de uno de estos signos.

Por lo tanto, es preciso perseverar en el mejoramiento de las actividades educativas contempladas en el control prenatal que lleven a detectar estos signos de alarma y cómo actuar adecuada y eficazmente ante ellos, cumpliéndose el objetivo de la educación para la maternidad, que busca mejorar los conocimientos y promover los comportamientos saludables. En la educación para la maternidad es primordial la forma cómo asume la enfermera su actuar al brindar educación, según Fernández (23) citado por (24 p2), la enfermera “debe basar su acción sobre un proceso continuo de aprendizaje, cuyo objetivo sea aumentar los conocimientos de las gestantes y sus acompañantes y de esa forma reducir su ansiedad, sus miedos, facilitar la toma de decisiones, que la mujer tome conciencia de su capacidad para dar a luz, además de pretender modificar actitudes y comportamientos de las embarazadas y sus familias y así conseguir conductas más saludables”





Ante las preguntas: la enfermera en el control le dio a conocer el derecho a tener acceso a servicios de salud que garanticen una maternidad libre de riesgos y la enfermera en el control le explicó los deberes y derechos en salud en el embarazo, parto y después del parto, los resultados de cumplimiento estuvieron por encima del 67 %, estos resultados son diferentes a los que se encontraron en el estudio *Percepción sobre el control prenatal de las gestantes con alto riesgo en la E.S.E San Cristóbal, Bogotá 2012* (25), por cuanto en este estudio en mención, ninguna gestante mencionó en sus relatos la remisión a odontología o higiene oral, vacunación, nutrición y al curso de preparación para la maternidad y paternidad, los cuales se consideraron como los derechos de las gestantes, mientras que en el estudio se cumplió en un 70 %, aunque, de acuerdo a los lineamientos actuales, todas las gestantes deberían recibir información sobre los servicios existentes, por cuanto “numerosos estudios han mostrado que las demoras en tomar la decisión de acudir oportunamente al centro de salud, demoras en lograr el acceso al centro de salud y demoras en la atención o una calidad deficiente en la atención de la gestante son factores que pueden determinar la muerte materna” (26) citado por (27 p73). En gran parte, dichas demoras para tomar la decisión de acercarse a los servicios de salud, se debe a falta de información y de reconocimiento de los derechos por parte de las gestantes y otra al desconocimiento o subestimación de los signos y síntomas de alerta.

Por lo tanto, es importante que el personal de enfermería se cualifique y actualice permanentemente sobre los derechos de salud en las gestantes, además, en realizar acciones preventivas y asistenciales, reforzar las actividades educativas, que le permita a las gestantes evaluar su propio riesgo y hacer un seguimiento oportuno, con el fin de evitar la morbilidad materna extrema.

En los resultados del presente estudio es importante resaltar que en la mayoría de mujeres con MME, la enfermera en el control



prenatal les dio a conocer el derecho de acceder a métodos de planificación familiar, el derecho a decidir libre y responsablemente el número de hijos y les permitió expresar sus dudas, inquietudes y necesidades en aspectos relacionados con salud sexual, acorde con lo indicado por el Ministerio de Salud y Protección Social en Colombia (28), que resalta que el personal de salud debe contemplar información de planificación familiar a la gestante durante los controles prenatales, teniendo en cuenta los métodos anticonceptivos más indicados para la etapa de posparto según los criterios de elegibilidad, espaciamiento y deseo de tener hijos. Esta información debe proporcionarla la enfermera y el personal de la salud, en el marco de los derechos sexuales y reproductivos, fomentando que en “ejercicio de estos derechos, las parejas y las personas deben tener en cuenta las necesidades de sus hijos nacidos y futuros y sus obligaciones con la comunidad” (14), lo que conlleva a diseñar programas innovadores que permitan superar las barreras de acceso a información, educación y asesoramiento en salud sexual y reproductiva. Las barreras comúnmente están relacionadas con la insuficiencia y mala calidad de atención de los servicios y la falta de intervención en todos los escenarios concernientes al cuidado de la salud de la mujer (14).

En los resultados referentes a: la enfermera en el control le permitió expresar sus dudas, inquietudes y necesidades en aspectos relacionados con salud sexual, el estudio encontró un porcentaje del 75,5 % de que sí se cumple según lo manifestado por las mujeres con MME, siendo un porcentaje mayor al encontrado en el estudio *Calidad del control prenatal realizado por profesionales de enfermería de Manizales* (15), en donde se entrevistaron a 47 usuarias que asistieron a control prenatal y fueron atendidas por enfermeras en los centros de salud de la IPS, el 55 % afirmó que la enfermera les explicó sobre sexualidad durante la gestación y permitió que ellas expresara sus inquietudes.



En consecuencia, es relevante insistir sobre el rol que tiene la enfermera en el cuidado de la salud sexual y reproductiva, si se tiene en cuenta que:

La atención en salud, especialmente en aquellos campos en los que la intervención está marcada por la atención primaria en salud, incluyendo las acciones de promoción, prevención y atención de bajo riesgo, es la esencia del quehacer profesional de la enfermería. En el campo de la salud sexual y reproductiva, la mayor parte de las intervenciones previstas y las más frecuentes, corresponden a este nivel, y para ellas, la formación, las competencias y las aptitudes de las(os) profesionales de enfermería resultan idóneas (14).

Lo cual se corrobora en los resultados encontrados en el estudio *Vivencias de gestantes con embarazo de alto riesgo* (29), de las 10 gestantes entrevistadas, 7 respondieron que no estaban utilizando ningún método de planificación familiar, y manifestaron que no lo hicieron porque la enfermera no les explicó la importancia del programa de salud sexual y reproductiva, aunque podría ser una de las explicaciones válidas de las gestantes, sin embargo, es necesario profundizar en estrategias de información, educación y comunicación, que favorezca la capacidad de agencia de autocuidado de las mujeres en la etapa preconcepcional y en el control prenatal.

Los resultados de cumplimiento del 82 % de las mujeres con MME que manifestaron que la enfermera sí les explicó la importancia de asistir a los controles prenatales, tienen similitud con los hallazgos del estudio de la Universidad Nacional de Colombia (12), en el cual se evidenció que las maternas asistieron a los controles prenatales en un 78 %, porque se les dio a conocer la importancia de hacerlo, lo cual es coherente con lo que se busca la Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos (28).

La percepción que tienen las mujeres con MME del rol que desempeña enfermería en la atención en salud es importante porque se está contribuyendo a que se garantice un acceso y atención oportuna, calificada y que responda efectivamente a sus necesidades, y así los embarazos y partos se desarrollen previniendo los riesgos (14).



Otro aspecto relevante es la participación de la enfermera en la consulta prenatal:

El interés y la responsabilidad que demuestra hacia el bienestar de la gestante y de su hijo aún por nacer despierta en ella sentimientos de seguridad y de confianza que a su vez la motivan para continuar asistiendo a los controles, [así sean con ella o con el médico], esta actitud de la enfermera inspiradora de confianza también le permiten a la gestante preguntar abiertamente sobre asuntos relacionados con su embarazo así sean aspectos muy sencillos pero que tienen gran importancia para ella, porque se siente en libertad de poderlo hacer (30).

Al realizar el análisis bivariado, con el fin de determinar el cumplimiento de las actividades del cuidado del profesional de enfermería en la fase de retraso o demora asociadas a la ocurrencia de la MME, correspondiente al reconocimiento del problema del proceso de atención preconcepcional y atención al embarazo, en función de las características sociales y demográficas de las mujeres con MME, se encontró que el mayor cumplimiento en las actividades del cuidado de enfermería se dio en las mujeres de la zona urbana con un 46,4 %, con edades entre los 16 a 34 años con un 42,9 %; con respecto a la etnia se encontró que el mayor porcentaje de cumplimiento se dio en la etnia negra con un 62,5 % y el no cumplimiento con un 67,9 % en la etnia mestiza; en el nivel educativo el mayor porcentaje de cumplimiento fue encontrado con 100 % en el nivel tecnológico y un 66,7 % en universitario, seguido con un 60 % en el técnico. Para el estado civil los porcentajes de cumplimiento fueron muy similares, un 60,9 % para solteras y un 60 % en unión estable y casada, sin embargo, no se encontraron relaciones significativas con ninguna de las variables estudiadas (ver Tabla 4), por cuanto el valor p es mayor que el nivel de significancia (0,05), por lo tanto, se concluye que las variables no están asociadas. Es importante tener en cuenta estos resultados para que sean confirmados en futuras investigaciones con un mayor tamaño de muestra.



Tabla 4. Cumplimiento de las actividades de enfermería en atención preconcepcional y atención en el embarazo frente a las variables sociodemográficas de las mujeres con MME, Pasto 2015

Variables sociodemográficas	Atención preconcepcional		P valor	
	No cumple	Cumple		
Zona	Rural (n=25)	68,0 %	32,0 %	0,284
	Urbana (n=28)	53,6 %	46,4 %	
Grupo de edad	16 a 34 (n=42)	57,1 %	42,9 %	0,347
	35 y más (n=11)	72,7 %	27,3 %	
Etnia	Blanca (n=11)	54,5 %	45,5 %	0,447
	Indígena (n=6)	66,7 %	33,3 %	
	Mestiza (n=28)	67,9 %	32,1 %	
	Negra (n=8)	37,5 %	62,5 %	
Estudios	Primaria (n=17)	70,6 %	29,4 %	0,389
	Secundaria (n=27)	63,0 %	37,0 %	
	Universitarios (n=3)	33,3 %	66,7 %	
	Tecnológicos (n=1)	0,0 %	100,0 %	
	Técnicos (n=5)	60,0 %	40,0 %	
Estado civil	Soltera	60,9 %	39,1 %	0,949
	Unión estable y casada	60,0 %	40,0 %	



Los resultados del análisis bivariado del cumplimiento de las actividades del cuidado del profesional de enfermería en la fase de retraso o demora, correspondiente al reconocimiento del problema del proceso de atención preconcepcional y atención al embarazo, en función de las características sociales y demográficas de las mujeres con MME, aunque no fueron estadísticamente significativos, invitan a que el cuidado de enfermería brindado en la atención preconcepcional en el marco de la teoría de Swason y Leininger debe mantener la salud desde el ámbito de la promoción y prevención, en todas las etapas de la vida, puesto que el profesional de enfermería valora a los sujetos de cuidado durante todo el ciclo vital e interviene según las características propias e individuales, teniendo siempre presente que es importante “descubrir, comprender e interpretar las circunstancias del comportamiento de las personas en torno al cuidado” (14), con base en las teorías del cuidado dadas en su formación, que llevan a las mismas personas a descubrir sus significados y a mostrar sus creencias y prácticas que guían su manera de concebir y de proceder frente al cuidado de su salud (24)

### **4.3 Cuidado de enfermería en las fases de oportunidad de decisión y acción, acceso a la atención y logística de referencia y calidad de la atención en el proceso de atención en la gestación, trabajo de parto, parto y puerperio**

**4.3.1 Cuidado de enfermería en la fase de oportunidad de decisión y acción en el proceso de atención en el embarazo en mujeres con MME.** En cuanto al cumplimiento de las actividades que realiza la enfermera en la fase de la oportunidad de decisión y acción en el proceso de atención en el embarazo en mujeres con MME, se encontró que el mayor porcentaje de cumplimiento fue de 88,5 % en la actividad donde la enfermera durante la atención en el embarazo, parto y posparto verificó en las mujeres si contaron con apoyo familiar durante el período de gestación, dado que se hizo entre 8 y 9 de cada 10 mujeres (ver Tabla 5). El estudio *Percepción del cuidado de enfermería*



en un servicio de atención prenatal (31) presenta en sus resultados que el 77,8 % de las gestantes manifestaron que la enfermera es amistosa y agradable con sus familiares y allegados, y en el estudio *Seguimiento de enfermería a la madre y al recién nacido durante el puerperio: traspasando las barreras Hospitalarias* (32), se encontró que al 100 % de las madres objeto de estudio la enfermera les explicó la importancia del apoyo familiar durante la gestación, signos de alarma y factores de riesgo de puerperio.

Estos porcentajes por encima del 80 % indican que las enfermeras que atendieron a las mujeres del estudio comprendieron el papel tan relevante que tiene la presencia de un familiar, que puede ser su pareja u otra persona significativa en su vida, en el proceso del embarazo. Facilitar el acompañamiento de ésta persona es un factor protector que “aumenta el bienestar de la gestante, tiene influencia positiva en la satisfacción de la mujer con el proceso del parto y no interfiere con otros eventos e intervenciones o con el resultado neonatal o la lactancia” (33) citado por (14 p. 253).

Tabla 5. *Oportunidad de decisión y acción en el proceso de atención de las mujeres con MME, Pasto 2015*

Variable	Sí	Parcialmente	No
La enfermera tuvo en cuenta sus creencias y costumbres al momento de la atención (n=49)	71,4 %	0,0 %	28,6 %
La enfermera durante la atención en el embarazo, parto y posparto preguntó si contaba con apoyo familiar durante el periodo de gestación (n=52)	88,5 %	0,0 %	11,5 %
La enfermera gestionó la búsqueda de atención en salud de forma oportuna durante el transcurso de la gestación (n=51)	72,5 %	2,0 %	25,5 %



La enfermera durante la atención en el embarazo, parto y posparto realizó alguna intervención para resolver una experiencia negativa en el servicio de salud, como maltrato, demora en la atención, inatención (n=44)	50,0 %	4,6 %	45,4 %
La actuación de la enfermera ante una dificultad en el embarazo, parto o posparto fue adecuada (n=51)	64,7 %	9,8 %	25,5 %

El presente estudio encontró también que la enfermera tuvo en cuenta las creencias y costumbres de la materna para atenderla durante su embarazo, parto y puerperio en un 71,4 %. Resultados similares se encontraron en el estudio *Percepción del trato digno por la mujer embarazada en la atención obstétrica de enfermería* (34), donde se entrevistaron a 380 mujeres embarazadas en su consulta prenatal en un hospital de segundo nivel de atención, de estas pacientes se encontró que el 37 % conocen el derecho a tener trato digno, y de éstas, 142 maternas, correspondiente al 10 %, fue la enfermera quien tuvo en cuenta este aspecto.

Otro estudio que tiene la misma tendencia en sus resultados es el de *Calidad de la atención en el embarazo y su relación con la satisfacción de las usuarias del Subcentro de Salud Pilahuin Cantón Ambato Provincia Tungurahua* (35), que encuestó a 92 mujeres embarazadas en el año 2012, quienes refirieron que, en un 89 %, les fueron respetadas sus creencias,

El porcentaje (28,6 %) de mujeres, quienes manifestaron que la enfermera no tuvo en cuenta sus creencias y costumbres en el momento de la atención, invita a que la enfermera antes de imponer unas acciones y actividades a las mujeres gestantes, en parto o posparto, debe indagar y respetar las diferentes culturas y trabajar en paralelo con las creencias y costumbres de las gestantes, para así brindar cuidado de calidad, el cual “requiere que la enfermera se comprometa en la tarea de tratar de





comprender el mundo del otro, su percepción, su óptica, adentrarse en su marco de valores, creencias, normas, costumbres, modos de vida y prioridades para fortalecer su conciencia y sensibilidad” (36) citado por (30 p16).

Durante la gestación las mujeres necesitan que una persona esté atenta a sus necesidades, a sus inquietudes, a sus sentimientos, “es aquí cuando la enfermera dentro de un ambiente de respeto hacia las convicciones y creencias personales de las gestantes las orienta para fortalecer sus principios y sus valores los cuales se convertirán en la base sólida para asumir con responsabilidad el nuevo rol de madres” (30), siendo coherente con el planteamiento del modelo de cuidado cultural de Leinenger y Swason (14).

Los resultados también evidencian que la enfermera gestionó la búsqueda de atención en salud de forma oportuna durante su embarazo con un porcentaje de 72,5 %, lo hizo parcialmente en un 2 % y no lo hizo en 25,5 %. Este resultado es similar al encontrado en el estudio *El cuidado de Enfermería comprometido: Motor en la satisfacción de la gestante durante el control prenatal* (30), en el que las gestantes participantes refirieron que fueron tratadas con amabilidad y respeto, atendidas oportunamente y que se utilizaron todos los recursos físicos y tecnológicos disponibles, atendidas con calidad; además, se respondió a sus necesidades de atención en salud, sobre lo cual manifestaron: “se sienten satisfechas con la atención brindada por la institución y resaltan como importante la prioridad que les dan para ser atendidas en forma más rápida en el proceso de facturación, proceso que implica por parte de los usuarios hacer largas filas en las cajas para facturar o para la asignación de citas” (30).

Aunque las gestantes en nuestro estudio manifestaron que la enfermera gestionó la búsqueda de atención en salud de forma oportuna, se encuentra un porcentaje por encima del 25 % en el que no se realizó o se realiza parcialmente, lo que invita a continuar trabajando en estrategias que mejoren este aspecto, por cuanto “la atención oportuna



y especializada durante la gestación (prenatal), el parto y el puerperio es un factor crucial en la prevención de las muertes maternas y de recién nacidos, por esto las prácticas seguras enfocadas a este aspecto se consideran de alto impacto” (37).

Otro resultado, sobre el cuidado de la enfermera durante la atención en el embarazo a tener en cuenta, es si el profesional realizó alguna intervención para resolver una experiencia negativa en el servicio de salud, un 50 % afirmó que sí se realizó y un 45,4 % opina que la enfermera no lo hizo. Estos resultados son diferentes a los encontrados en el estudio llevado a cabo en Montería (31), con 54 mujeres gestantes inscritas en el programa de control prenatal del área de influencia en una IPS del régimen subsidiado, a quienes se les preguntó ¿la enfermera se anticipa a sus necesidades para prevenir posibles alteraciones o complicaciones de su embarazo?, sobre lo cual afirmaron que lo hacían siempre en un 77,8 %, y casi siempre en un 16,7 %, para un total de 94,5 %.

De esta manera, los resultados estimulan tener presente, en el ejercicio del cuidado de enfermería, las conclusiones del estudio realizado en Montería (31), referentes a que “el conocimiento de la percepción del cuidado de enfermería referida por las gestantes permitirá a los profesionales de enfermería y gestores del cuidado, conocer aquellas conductas que deben fortalecerse o reorientarse para la satisfacción de necesidades de las usuarias con el fin de proveer calidad del cuidado de enfermería que apunte a la calidad institucional, dentro de un sistema de garantía de calidad” y así lograr un impacto positivo en el acceso de las mujeres en edad fértil, gestantes, mujeres en parto o puerperio a los servicios de salud sexual y reproductiva y poder contribuir a la reducción de la morbimortalidad materna.

En la Tabla 5 también se muestra que frente a la pregunta ¿la actuación de la enfermera ante una dificultad en el embarazo, parto o posparto, fue adecuada?, el 64,7 % de las maternas respondieron que sí, el 9,8 % afirmaron que lo hacía parcialmente, y el 25,5 % que no lo realizó.



Estos datos difieren con los encontrados en el estudio realizado en Manizales (15), el cual reporta que las mujeres calificaron con un nivel bueno el interés de la enfermera por su salud con un porcentaje de 93,6 %, en caso de tener dificultades durante la atención de todo el embarazo y el desenlace.

Los resultados del estudio indican claramente la necesidad de retomar el cuidado integral, diferencial y humanizado que debe realizar la enfermera, en el cual se destaquen no solo las competencias cognitivas, sino también competencias sicosociales, que le permitan conocer las dificultades y situaciones que tienen las gestantes, que la hacen más vulnerable y que aumentan el riesgo de afectar su bienestar y actuar de acuerdo a éstas.

En los resultados del análisis del cumplimiento de las actividades de Cuidado de enfermería en la fase de oportunidad de decisión y acción en el proceso de atención en el embarazo, según las características sociales y demográficas de las mujeres con MME, se encontró que los porcentajes más altos de cumplimiento estuvieron en las mujeres de la zona rural con un 68 %, en mujeres de 16 a 34 años de edad con un 54,8 %, en mujeres indígenas con 83,3 %, en mujeres de nivel educativo de básica primaria y secundaria con un 52,9 % y 59,3 % y en mujeres solteras con un 56,5 %. Asimismo, se encontró relación estadísticamente significativa con la zona de residencia, por cuanto el valor p fue menor que el nivel de significancia (0,05) (ver Tabla 6).



Tabla 6. Cumplimiento de las actividades de enfermería de oportunidad de decisión y acción en el proceso de atención frente a las variables sociodemográficas de las gestantes con morbilidad materna extrema, Pasto 2015

Variables sociodemográficas		Actividades de oportunidad de decisión y acción en el proceso de atención		P valor
		No cumple	Cumple	
Zona	Rural (n=25)	32,0 %	68,0 %	0,037
	Urbana (n=28)	60,7 %	39,3 %	
Grupo de edad	16 a 34 (n=42)	45,2 %	54,8 %	0,582
	35 y más (n=11)	54,5 %	45,5 %	
Etnia	Blanca (n=11)	54,5 %	45,5 %	0,458
	Indígena (n=6)	16,7 %	83,3 %	
	Mestiza (n=28)	50,0 %	50,0 %	
	Negra (n=8)	50,0 %	50,0 %	
Estudios	Primaria (n=17)	47,1 %	52,9 %	0,671
	Secundaria (n=27)	40,7 %	59,3 %	
	Universitarios (n=3)	66,7 %	33,3 %	
	Tecnológicos (n=1)	100,0 %		
	Técnicos (n=5)	60,0 %	40,0 %	
Estado civil	Soltera (n=23)	43,5 %	56,5 %	0,637
	Unión estable (n=30)	50,0 %	50,0 %	
Total		47,2 %	52,8 %	



Los resultados con respecto a la relación estadísticamente significativa con la zona de residencia, en la que se encontró con mayor porcentaje de cumplimiento de las actividades por parte de la enfermera en la zona rural, podrían indicar un impacto positivo de los esfuerzos que vienen realizándose desde los servicios de salud para que la gestante acceda a tiempo a éstos, teniendo en cuenta el contexto del lugar en donde viven, como el empoderamiento de las mujeres de procedencia rural para asumir y exigir sus derechos, por cuanto se hace necesario resaltar que existen aspectos “subjetivos, cotidianos, sociales y culturales que varían de acuerdo a los contextos y sus condiciones” (20), que limitan la oportunidad de decisión y acción en el proceso de atención en los que se promueve darles un lugar protagónico para lograr un acercamiento a los aspectos simbólicos que estructuran las nociones y las prácticas sociales en torno a la salud y la enfermedad. En Colombia, el lugar de residencia es un determinante social de la salud, que influye en el acceso a los servicios de salud, por ello, es supremamente importante que la enfermera lo tenga en cuenta en la planeación de estrategias para favorecer la salud materna y así se logre un impacto positivo sobre la demora II en las mujeres de la zona urbana, que tienen situaciones como la migración rural-urbana, lo cual lleva a debilitar las redes de relaciones de las mujeres con sus familias y amistades, esto ocasiona que deban afrontar las situaciones de forma aislada, lo cual contribuye a que se manifiesten y agraven las complicaciones maternas, por no contar con la presencia y capacidad de apoyo efectiva de la red de apoyo social (20).



### 4.3.2 Cuidado de enfermería en la fase de acceso a la atención y logística de referencia en mujeres con MME.

Tabla 7. *Cuidado de enfermería en el acceso a la atención y logística de referencia de las mujeres con MME, Pasto 2015*

Variable	Sí	Parcialmente	No
La enfermera solucionó las dificultades para desplazarse a los servicios de salud (n=41)	62,0 %	9,5 %	28,5 %
La enfermera le ayudó en forma rápida con los trámites administrativos (n=50)	68,1 %	6,0 %	26,0 %
La enfermera le ayudó en forma rápida en caso de necesitar remisión a otra institución de salud (n=49)	73,4 %	4,1 %	22,5 %
La enfermera buscó apoyo en caso de tener problemas económicos que impedían su traslado para la atención (n=43)	55,8 %	4,7 %	39,6 %

En la Tabla 7 se muestra que el 62 % de las mujeres con MME encuestadas respondieron que, la enfermera solucionó las dificultades para desplazarse a los servicios de salud en su embarazo por problemas en la carretera, por vivir en área retirada, por problemas de orden público o conflicto armado, por problemas económicos, que impidieron trasladarse a buscar atención en salud; muestra también que el 68,1 % respondió que la enfermera le ayudó en forma oportuna en los trámites administrativos cuando necesitó ser atendida en la institución de salud. Estos resultados tienen la misma tendencia que los encontrados en el estudio cualitativo denominado *El cuidado de enfermería comprometido: motor en la satisfacción de la gestante durante el control prenatal*, en el que se entrevistaron a 7 gestantes en su control prenatal, que en general manifestaron: “Se sienten satisfechas con la atención brindada por la



institución y resaltan como importante la prioridad que les dan para ser atendidas en forma más rápida en el proceso de facturación, el cual en todas las instituciones de salud se ha convertido en un oneroso proceso que implica por parte de los usuarios hacer largas filas en las cajas para facturar o para la asignación de citas” (30).

Otro resultado que se presenta en la Tabla 7 es que el 73,4 % de las mujeres con MME afirman que la enfermera(o) ayudó en forma rápida ante su empresa de salud los trámites cuando necesitó ser remitida a otra institución de salud y un 55,8 % que la enfermera buscó apoyo en caso de tener problemas económicos que impedían su traslado para la atención. Estos resultados reafirman los hallazgos encontrados en el estudio realizado en Montería (31), en donde el 61,1 % de las maternas afirman que la enfermera planea los próximos encuentros con la gestante y que actuó adecuadamente en casos de remisión al sitio que corresponda.

Los resultados sobre cuidado de enfermería en la fase de acceso a la atención y logística de referencia de las mujeres con MME que corresponde a la demora III, reflejan que hubo una falla de la atención en salud y en las competencias de la enfermera, las cuales deben ser mejoradas con la implementación de sistemas de gestión con acciones encaminadas a eliminar las barreras de traslado, de trámites administrativos y de problemas económicos, que impiden la referencia de la gestante una vez ha tenido entrada a los servicios de salud, para poder lograr una atención oportuna. La OMS plantea que “la atención prenatal representa una plataforma para llevar a cabo importantes funciones de atención de la salud, como la promoción de la salud, el cribado y el diagnóstico, y la prevención de enfermedades. Se ha constatado que, cuando se realizan en tiempo oportuno prácticas apropiadas basadas en datos objetivos, la atención prenatal puede salvar vidas” (38).

Al realizar el análisis bivariado, con el fin de determinar el cumplimiento de las actividades en el módulo de cuidado de enfermería en la fase



de acceso a la atención y logística de referencia, se encontró que los mayores porcentajes de cumplimiento se encuentran en las mujeres procedentes de área rural con un 60 %, en mujeres indígenas con un 83,3 %, en mujeres con secundaria básica con un 59,3 % y en mujeres solteras con un 52,2 %; sin embargo, no se encontraron relaciones significativas con ninguna de las variables evaluadas según la prueba de chi cuadrado (ver Tabla 8).

Tabla 8. *Cumplimiento de las actividades de enfermería acceso a la atención y logística de referencia frente a las variables sociodemográficas de las gestantes con MME, Pasto 2015*

Variables sociodemográficas		Actividades de acceso a la atención y logística de referencia		P valor
		No cumple	Cumple	
Zona	Rural (n=25)	40,0 %	60,0 %	0,213
	Urbana (n=28)	57,1 %	42,9 %	
Grupo de edad	16 a 34 (n=42)	50,0 %	50,0 %	0,788
	35 y más (n=11)	45,5 %	54,5 %	
Etnia	Blanca (n=11)	63,6 %	36,4 %	0,25
	Indígena (n=6)	16,7 %	83,3 %	
	Mestiza (n=28)	46,4 %	53,6 %	
	Negra (n=8)	62,5 %	37,5 %	





Estudios	Primaria (n=17)	47,1 %	52,9 %	0,271
	Secundaria (n=27)	40,7 %	59,3 %	
	Universitarios (n=3)	100,0 %	0,0 %	
	Tecnológicos (n=1)	100,0 %	0,0 %	
	Técnicos	60,0 %	40,0 %	
Estado civil	Soltera	47,8 %	52,2 %	0,875
	Unión estable	50,0 %	50,0 %	
Total		49,1 %	50,9 %	

#### 4.3.3 Cuidado de enfermería en la fase de Calidad en la atención de las mujeres con MME.

Tabla 9. Cuidado de enfermería referente a la calidad en la atención de las mujeres con MME, Pasto 2015

La enfermera	Sí	Parcialmente	No
La enfermera le explicó la importancia del control prenatal (n=49)	93,8 %	2,1 %	4,1 %
La enfermera cuando usted tuvo el control prenatal lo hizo en un espacio que garantizaba su privacidad y comodidad (n=47)	93,6 %	2,1 %	4,3 %
La enfermera cuando usted tuvo el control prenatal le dio educación con ayuda de rotafolios, folletos y fotografías (n=49)	63,3 %	4,1 %	32,6 %



La enfermera cuando usted tuvo el control prenatal le permitió el acompañamiento de su pareja (n=48)	83,4 %	2,1 %	14,5 %
La enfermera cuando usted tuvo el control prenatal utilizó en la atención un lenguaje entendible (n=49)	83,7 %	4,1 %	12,2 %
La enfermera cuando usted tuvo el control prenatal tuvo tiempo para escuchar sus problemas (n=48)	75,0 %	2,1 %	22,9 %
La enfermera en la atención de su embarazo le explicó sobre los métodos de anticoncepción para después del parto (n=49)	71,4 %	6,2 %	22,4 %
La enfermera cuando usted tuvo el control prenatal le explicó la importancia de asistir con la pareja al curso psicoprofilactivo (n=49)	67,4 %	8,1 %	24,5 %
La enfermera cuando usted tuvo el control prenatal le explicó la importancia de los movimientos fetales como señal de bienestar del bebe (n=49)	81,7 %	4,1 %	14,2 %
La enfermera durante la atención de trabajo de parto y después del parto le tomo los signos vitales frecuentemente (n=49)	79,6 %	6,2 %	14,2 %
La enfermera durante y después del parto vigiló el sangrado vaginal (n=49)	77,6 %	6,2 %	16,2 %
La enfermera durante y después del parto le explicó sobre los signos de alarma después del parto (n=47)	67,4 %	4,1 %	28,5 %



En la Tabla 9 se muestra los hallazgos del estudio con respecto al cumplimiento de actividades en el cuidado de enfermería referente a la calidad en la atención de las mujeres con MME. Se observa que el cumplimiento con relación a: la enfermera le explicó la importancia del control prenatal, fue del 93,8 %. Estos resultados tienen una tendencia similar a los encontrados en el estudio que se llevó a cabo en Manizales (15), en el que 88 % percibió beneficios con el control prenatal.

Estos resultados son satisfactorios, si se tiene en cuenta que evidencian que desde décadas anteriores se viene trabajando en la implementación del control prenatal como herramienta para disminuir la morbilidad materna, visto como una oportunidad determinante para que las enfermeras ofrezcan atención, apoyo e información a las embarazadas, de modo significativo, que convide a “la oportunidad de comunicarse con las mujeres, las familias y las comunidades y brindarles apoyo en un momento decisivo de la vida de una mujer” (38).

El estudio reportó que en un 93,6 % las mujeres respondieron que la enfermera cuando realizó el control prenatal lo hizo en un espacio que garantizó su privacidad y comodidad, como lo muestra la Tabla 9. Estos resultados son similares a los encontrados en el estudio sobre la *Calidad del Control Prenatal en Ambato* (35), en el cual, el 95,7 % respondió que la enfermera tuvo respeto por su privacidad, y con los resultados del estudio de calidad de atención prenatal en Manizales (15), que reportan que las maternas calificaron con un nivel bueno el respeto por su privacidad en un 95,7 %. Estos resultados acreditan las acciones que se vienen realizando para satisfacer las necesidades no atendidas en la atención de una gestante, teniendo en cuenta las barreras que todavía existen para la utilización de los servicios de salud sexual y reproductiva, que están relacionadas con servicios insuficientes, de mala calidad de atención y falta de integralidad, privacidad y confidencialidad, que van en contra de los derechos de las mujeres. El garantizar la privacidad y confidencialidad permite



motivar a la mujer con MME y demás usuarias a expresar sus dudas, inquietudes y necesidades en aspectos relacionados con su salud sexual y reproductiva. Además de la privacidad y confidencialidad, se hace necesaria una actitud positiva y colaborativa de la enfermera durante la atención desde la etapa preconcepcional hasta el parto, esto la motivará para volver a consultar sobre sus necesidades, lo cual facilita la valoración de la mujer (14).

Con relación al cumplimiento de la enfermera en realizar educación con ayuda de rotafolios, folletos y fotografías en el control prenatal, los resultados muestran que el 63,3 % dijo que se hizo de esa manera. Estos resultados difieren de los encontrados en el estudio *Evaluación de la Calidad de la Atención del Programa de Control Prenatal en Popayán* (39), el cual reporta que de 200 gestantes que se encuestaron en el estudio, el 92 % manifestó que no se utilizó información por escrito sobre temas del embarazo y sus cuidados.

Los resultados del estudio, aunque reportan un mayor porcentaje de cumplimiento, invitan a recuperar las competencias de la enfermera como educador en salud, con acciones de información, educación y comunicación (IEC), con apoyo de ayudas educativas, encaminadas a promover dentro de la población la búsqueda de la atención preconcepcional, embarazo y parto, como parte de los cuidados para la salud y como parte del proyecto de vida de los individuos.

Los protocolos de enfermería en salud sexual y reproductiva plantean que para lograr:

Transformaciones importantes en términos del mejoramiento de la salud sexual y reproductiva de los individuos y la colectividad, se requiere de una adecuada conceptualización y articulación de las acciones de salud pública, una puerta de entrada al sistema a través de atención primaria (OPS Y OMS, 2007). Además, es necesaria la organización de la atención en salud y de las redes integrales e integradas, una disponibilidad de recurso humano y una estructura que facilite los procesos de Información,



educación y capacitación oportunos y permanentes, accesibles y asequibles a la población para que logren ejercer su derecho a la información como proceso previo al ejercicio del derecho a la elección informada, en cualquier área de la salud y la salud sexual y reproductiva (14).

El uso de ayudas educativas visuales, como rotafolios, fotografías, folletos, facilita la asimilación y comprensión de los temas que se tratan con las mujeres en la etapa preconcepcional, en el embarazo o en el puerperio.

Con relación a: la enfermera le permitió el acompañamiento de su pareja o una persona muy significativa, los resultados evidencian que el 83,4 % contestó que sí. Estos resultados muestran un porcentaje de mayor aceptación de acompañamiento de la familia en el trabajo de parto que los encontrados en el estudio realizado en *Percepción del Cuidado de Enfermería en un Servicio de Atención Prenatal de Montería, 2013* (31), el cual reportó que un 75 % de las gestantes del estudio señalaron que la enfermera integró a su familia.

Aunque los resultados de cumplimiento estuvieron por encima del 80 %, es importante señalar que, según la Organización Mundial de la Salud (38) y Dueñas y Noguera(39), se debe continuar con estrategias que permitan la formación de la enfermera, que dentro de la atención calificada de una gestante se brinde un cuidado como recurso humano, comprometido, competente y trabajando dentro de un ambiente habilitante, en el que incluya la compañía de la pareja, la familia o persona significativa, haciendo que este proceso sea una experiencia positiva y agradable, con una atención centrada en la persona y el bienestar con un enfoque basado en los derechos humanos, confirmando que “la experiencia que tenga una mujer de la atención sanitaria es clave para transformar la atención prenatal y crear familias y comunidades prósperas” (38).



El estudio reportó que el 83,7% de las mujeres manifestó que la enfermera durante la atención en el embarazo utilizó un lenguaje entendible y en un 75 % tuvo tiempo para escuchar sus problemas. En el estudio realizado en Montería, 2013 (31), los hallazgos fueron semejantes, por cuanto se encontró que en un 87 % la enfermera siempre le dio una información clara y precisa a la gestante sobre su situación de salud, teniendo en cuenta los aspectos que para ella son difíciles de entender; el 74,1 % manifestó que la enfermera las escuchó con atención y les ayudó a expresarse sobre su situación de salud.

Estos resultados confirman la importancia de continuar trabajando en acciones que permitan desarrollar y fortalecer las competencias que tiene la enfermera, que la facultan a utilizar un lenguaje entendible y escuchar a sus gestantes o usuarias de los servicios de salud sexual y reproductiva, siendo coherente con los postulados de Swason (14), quien plantean que dentro del cuidado el escuchar hace parte de dos de las categorías pilares de su teoría, la de conocer y estar con. La primera, que busca:

Entender un evento, según su significado en la vida del otro. En este sentido la enfermera evita realizar juicios a priori sobre el significado de un evento en la persona que cuida y orienta sus acciones para realizar una evaluación del cuidado de manera completa y continua. (...) [y la segunda que significa] estar emocionalmente con el otro, (...) reflejando que la experiencia del otro importa para la persona que cuida. *Estar con*, implica demostrarle a la familia de la mujer que se encuentra en cualquiera de los procesos durante su vida fértil, la gestación, el parto o el postparto, que cuenta con el profesional de enfermería. Implica la presencia auténtica, escuchar y responder reflexivamente, además de estar disponible al llamado para atender a la mujer o a su familia (14).

Con respecto a: la enfermera en la atención del embarazo le explicó sobre los métodos de anticoncepción para después del parto, el estudio reportó que el 71,4 % contestó que sí se cumplió. En el estudio denominado *Análisis del control prenatal que se brinda a las gestantes de la provincia de*



*Heredia que tienen su parto en el Hospital San Vicente de Paúl en Costa Rica, durante el año 2012 (40), se encontró hallazgos diferentes al presente estudio, por cuanto reportó que solo el 6 % de las gestantes recibió información acerca de los temas de uso de métodos anticonceptivos seguros y efectivos que se pueden utilizar en el posparto.*

Si se tiene en cuenta que “la mayor parte de los problemas de salud materno infantil son susceptibles de resolver por medio de acciones preventivas, (...). Resulta evidente que, entre los ámbitos de la competencia de enfermería, se encuentra el cuidado integral de la salud sexual y reproductiva de la mujer en edad fértil y que incluye (...) la orientación, educación y consejería en anticoncepción, planificación de la familia y en aspectos preconceptionales” (14). Los resultados de nuestro estudio evidencian que un 28,6 % de las mujeres con MME no tuvieron explicación de los métodos de planificación familiar posparto, como se hubiera esperado, siendo un aspecto primordial en la toma de decisiones en el ejercicio del derecho a vivir una sexualidad sana y placentera.

Ante la pregunta *¿la enfermera, durante la atención de trabajo de parto y después del parto, le tomo los signos vitales frecuentemente?*, se encontró que el 79,6 % contestó que sí, el 6,2 % contestó que parcialmente, el 14,2 % contestó que no. El estudio también reportó que el 77,6 % de las gestantes encuestadas manifestó que la enfermera, durante y después del parto, vigiló el sangrado vaginal, el 6,2 % dijo que parcialmente y el 16,2 % afirmó que no. Estos resultados difieren de lo encontrado en el estudio sobre *la calidad en la atención de los profesionales de enfermería durante el parto y el puerperio en dos IPS de tercer nivel de atención, Cartagena 2013 (41)*, donde la enfermera le da importancia al sangrado después del parto en un 42,3 %.

Al revisar otros estudios que contemplaron el cuidado de enfermería en el posparto (22, 26), no se encontró específicamente si las mujeres gestantes en el posparto manifestaran que la enfermera realizó la toma de signos vitales o les haya realizado control de sagrado vaginal, sin



embargo, sí se encontró dentro de las conclusiones, la necesidad de contemplar estos cuidados como una de las actividades obligatorias de la enfermera, considerada como fundamental para prevenir las complicaciones en el posparto, al igual que la explicación sobre los signos de alarma después del parto, que de acuerdo a los hallazgos encontrados en el estudio, el cumplimiento sobre si la enfermera le explicó a la gestante sobre los signos de alarma después del parto fue de 67,4 %, el 4,1 % manifestó que parcialmente y el 28,5% que no. Así mismo, en otro estudio denominado *Conocimientos de signos de peligro durante el embarazo, parto y puerperio en púerperas atendidas en el Hospital Cesar Garayar García, Julio 2016* (42), reporta que el 63,8 % de gestantes refirió que ha recibido educación sobre los signos y síntomas de alarma del embarazo, incluyendo el parto, por parte del personal de salud durante la atención prenatal y el 36,2 % restante que no ha recibió dicha educación.

La toma de signos vitales, control de sangrado vaginal en el posparto, educación sobre signos y alarmas en el posparto, entre otras, son medidas esenciales para reducir la morbimortalidad materna en esta etapa, de gran importancia, dado que un buen porcentaje de las muertes maternas ocurre durante las primeras 24 horas posparto, además, todas las actividades de vigilancia, educación y anticoncepción deben realizarse durante esta estancia (14), por lo tanto, es indispensable que dentro de la formación del profesional de enfermería se haga énfasis en estas competencias clínicas, necesarias para contar con un profesional altamente calificado.

Cabe resaltar que las actividades a las cuales se verificó su cumplimiento en la fase del cuidado de enfermería referente a la calidad en la atención de las mujeres y en las demás fases del estudio, están contempladas como propias de la labor del profesional de enfermería en los Protocolos para la atención de enfermería en la salud sexual y reproductiva de la mujer (14), fueron desarrollados por la Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería (ACOFAEN), en el concurso de grupos





de expertos de la Universidad del Valle, la Universidad Nacional de Colombia, la Universidad Mariana de Pasto, la Universidad del Tolima, la Universidad Industrial de Santander y la Universidad de Santander, en el marco del convenio 036 de 2012 y bajo el direccionamiento del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNPFA), sin embargo, no debe olvidarse que la atención de las mujeres en las etapas de embarazo, trabajo de parto y puerperio, el Ministerio de Salud, desde la norma técnica para la detección temprana de las alteraciones del embarazo (44), que estaba vigente en el período que se desarrolló la investigación, se contemplaba que la responsabilidad de esta labor era compartida con el profesional de medicina, apoyado de otro equipo de salud, de acuerdo a la organización de cada institución, lo cual es importante tener en cuenta para el análisis de los porcentajes de cumplimiento de las actividades por parte del profesional de Enfermería, en especial las que obtuvieron bajo cumplimiento.





## 5. Conclusiones

El conocimiento de las características sociodemográficas de una mujer con MME permiten el actuar de la enfermera, teniendo en cuenta el contexto sociocultural y así poder participar más efectivamente en la transformación de los determinantes sociales y ambientales de las inequidades en salud, que se constituyen en barreras que no permiten el autocuidado y acceso óptimo de las mujeres en la etapa preconcepcional y de embarazo al sistema de salud.

El profesional de enfermería puede cubrir estas necesidades de cuidado, por su formación disciplinar, profesional y holística, con base en los postulados de Swanson y Leininger, principalmente en aquellas esferas de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad en las que es de vital relevancia el rol de la enfermera como educador en salud, que le permita destacarse con proactividad y responsabilidad, para lograr promover dentro de la población la búsqueda de la atención en éstas etapas, como parte de los cuidados para la salud y del proyecto de vida de las mujeres.

Las mujeres en gestación, trabajo de parto, parto y puerperio son personas que se encuentran en riesgo de desarrollar alguna alteración que amenaza su vida y la de su hijo, por lo tanto, es importante que la enfermera brinde un cuidado integral, diferencial y humanizado, en el que se destaque no solo las competencias cognitivas, sino también competencias sicosociales, que le permitan conocer las dificultades y barreras que la hacen más vulnerable y aumenten el riesgo de afectar su bienestar, para tener la oportunidad de decisión y acción de la gestante, logrando un impacto positivo en el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva.

La reducción en la MM y MME debe involucrar a la enfermera en el desarrollo de estrategias de promoción, prevención y tratamiento, con un gran componente de calidad y calidez en la atención, dirigido a la gestante, su pareja y familia, que permita acceder a la atención en



salud, asegurando el acceso a cuidados obstétricos esenciales efectivos desde la etapa preconcepcional hasta el parto, con atención calificada para reducir exitosamente los retrasos en la ruta de atención de supervivencia de la gestante.

La enfermera, para brindar cuidado y atención preconcepcional, debe tener en cuenta las necesidades del contexto cultural, social, salud y el desarrollo de sus competencias en la que fue formada. Es importante el trabajo transdisciplinario y la convicción de que la promoción en salud y prevención de la enfermedad son los pilares de la atención en esta etapa de la mujer, su pareja y su familia.

El profesional de enfermería, como educador en salud, debe destacarse por compromiso, proactividad y responsabilidad para lograr promover dentro de la población la búsqueda de la atención preconcepcional, como parte de los cuidados para la salud y del proyecto de vida de los individuos.



## 6. Recomendaciones

Es importante para los entes territoriales e instituciones de salud realizar seguimiento continuo de la adherencia de protocolos de atención de detección temprana de alteración del embarazo, atención de parto y puerperio del personal de enfermería, con el fin de ofrecer calidad de cuidado en la atención en las pacientes con morbilidad materna extrema.

Para las instituciones formadoras de talento en enfermería es necesario que asuman una práctica de cuidado de enfermería integral, con énfasis no solo en habilidades cognitivas sino también en habilidades sicosociales, que promuevan la confianza, seguridad y bienestar de las gestantes en el momento de entrega del cuidado ofrecido por las enfermeras, con el fin de hacer visible un cuidado integral, único y humano.



## Referencias

1. Colombia. Ministerio de Protección Social. Política nacional de salud sexual y reproductiva. Bogotá; 2003. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/POL%C3%8DTICA%20NACIONAL%20DE%20SALUD%20SEXUAL%20Y%20REPRODUCTIVA.pdf>
2. Naciones Unidas. Derechos Humanos. Mortalidad y morbilidad materna. nota descriptiva N°348. 2014 Disponible en: [https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/WRGS/SexualHealth/INFO\\_MMM\\_WEB\\_SP.pdf](https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/WRGS/SexualHealth/INFO_MMM_WEB_SP.pdf)
3. Colombia. Ministerio de Salud y de Protección Social. Análisis de situación de salud (ASIS) Colombia, 2017. Bogotá; 2018. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-nacional-2017.pdf>
4. Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía en Salud (ENDS). Bogotá; 2010. Disponible en: <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR246/FR246.pdf>
5. Ministerio de Salud y la Protección Social. Proceso de datos crudos a partir del registro de defunción materna y de nacidos vivos del sistema de EEVV. 2013.
6. Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas. Resolución 11/8. 2009. La mortalidad y morbilidad materna prevenible y derechos humanos. Disponible en: [http://ap.ohchr.org/documents/S/HRC/resolutions/A\\_HRC\\_RES\\_11\\_8.pdf](http://ap.ohchr.org/documents/S/HRC/resolutions/A_HRC_RES_11_8.pdf)
7. Rodríguez L, Ruíz-Rodríguez M, Jaime M. Beneficios de combinar métodos para analizar causas de muertes maternas. Bucaramanga, Colombia. Rev. Panam Salud Pública. 2011; 29(4): 213-219.



8. Álvarez M, et al. Morbilidad materna extremadamente grave, problema actual. Rev. Cub. Higiene y Epidemiología. 2011; 49(3): 420-433.
9. Ortiz I, Quintero C, Mejía J, Romero E, Ospino L. Vigilancia de Morbilidad Materna Extrema. Bogotá: Ministerio de Protección Social y Fondo de Población de las Naciones Unidas – UNFPA. 2010.
10. Colombia. Ministerio de Salud y la Protección Social. Vigilancia morbilidad materna extrema [actualizado 20 abr. 2020; citado 4 abr 2020]. Disponible en <http://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/vigilancia-morbilidadmaterna-extrema.aspx>
11. Colombia. Instituto Nacional de Salud (INS). Protocolo de vigilancia en salud pública. Mortalidad neonatal y perinatal tardía. 2014. Disponible en: <http://www.saludpereira.gov.co/attachments/article/352/PRO%20Mortalidad%20perinatal.pdf>
12. Mariño C, Vargas D. Caracterización de la morbilidad materna extrema en el Instituto Materno Infantil, Hospital la Victoria [Trabajo de grado Especialista en Obstetrica y Ginecología]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2010. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/2519/1/597843.2010.pdf>
13. Massip C, Ortiz R, Llantá M, Peña M, Infante I. La evaluación de la satisfacción en salud: Un reto a la calidad. Rev. Cubana Salud Pública [Internet]. 2008 [citado 11 de agosto de 2017]; 34(4). Disponible en [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662008000400013](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662008000400013)
14. Ministerio de Salud y Protección Social, Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Protocolos para la atención de enfermería a la salud sexual y reproductiva de la mujer. Bogotá; 2014. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/>



BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SM%20-Protocolos-de-enfermeria.pdf

15. Arias J, Bernal K, Giraldo D, González E, Rivera P. Calidad del control prenatal realizados por profesionales de enfermería en una IPS Publica, Manizales 2007. *Hacia promoc. salud*; 2008; 13: 131-142.
16. Rojas J, Cogollo M, Miranda J, Ramos E, Fernández J y Bello A. Morbilidad materna extrema en cuidados intensivos obstétricos. Cartagena (Colombia) 2006 – 2008. *Rev Colombiana Obstetricia y Ginecología*; 2011; 62 (2): 131-140.
17. Carrillo J, García C. Comportamiento de la morbilidad materna extrema en el departamento del Meta, Colombia, 2014. *Hacia promoc. Salud*; 2016; 21(1): 15-25.
18. Amaya A, Bolaños A, Cuevas A y Díaz D. Factores asociados con la mortalidad materna en las afiliadas a una EPS del régimen subsidiado, durante el año 2008. *Cuadernos Latinoamericanos de Administración*; 2010; VI(10): 103-118.
19. Narváez N, Riaño E. Determinantes sociales de la morbilidad materna extrema, Hospital Occidente de Kennedy, junio de 2012 - noviembre 2014 [Trabajo de grado Maestría en Salud Pública]. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana; 2015. Disponible en: <https://repository.javeriana.edu.co/handle/10554/18504>
20. Fondo de población de las Naciones Unidas (UNFPA), Ministerio de Salud y Protección Social. Determinantes sociales de la morbilidad y mortalidad maternas. Acciones para superar las demoras I y II. 2014. Disponible en: [http://www.academia.edu/14373415/Determinantes\\_sociales\\_de\\_la\\_morbilidad\\_y\\_la\\_mortalidad\\_maternas.\\_Acciones\\_para\\_superar\\_las\\_demoras\\_I\\_y\\_II](http://www.academia.edu/14373415/Determinantes_sociales_de_la_morbilidad_y_la_mortalidad_maternas._Acciones_para_superar_las_demoras_I_y_II)





21. González L, Gómez R, Vélez G, Agudelo S, Gómez J y Wylie J. Características de la atención hospitalaria y su relación con la morbilidad materna extrema en Medellín, Colombia. *Rev Panam Salud Pública*. 2014; 35(1):15–22.
22. Colachahua M. Nivel de conocimiento de las señales de alarma y conducta de la paciente con morbilidad materna atendida en el Instituto Nacional Materno Perinatal. Enero-febrero, 2015 [Trabajo de grado de Licenciada en Obstetricia]. Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marco; 2015. Disponible en: [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4191/Colachahua\\_bm.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4191/Colachahua_bm.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
23. Fernández A. Comparación de un Programa de Educación para padres durante la etapa gestacional y los primeros 3 meses de vida del bebé frente al Programa de Educación Maternal habitual. Biblioteca Las Casas [Internet]. 2010; 6(3). Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0545.php>
24. Ortiz C. Influencia de la Educación Maternal en el embarazo, parto, puerperio y salud neonatal [Trabajo de grado]. Departamento de Enfermería: Universidad de Cantabria; 2014. Disponible en: <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/5229/OrtizFernandezC.pd%20f?sequence=1>
25. Mayorga A. Percepción sobre el control prenatal de las gestantes con alto riesgo en la E.S.E San Cristóbal, Bogotá 2012 [Trabajo de grado de Maestría en Salud Pública]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2012. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/11472/1/598593.2012.pdf>
26. Van den Broek N, Falconer A. Maternal mortality and Millennium Development Goal 5. *Br Med Bull*. 2011; 99:25-38.
27. Ministerio de Salud y Protección Social, Colciencias. Guías de Práctica Clínica para la prevención, detección, temprana



y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio. Bogotá; 2013. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/Gu%C3%ADa.completa.Embarazo.Parto.2013.pdf>

28. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos. Bogotá; 2014. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/LIBRO%20POLITICA%20SEXUAL%20SEPT%2010.pdf>
29. Lafurie M, Castañeda K, Castro D, Laverde S, Balaguera L, López C, et al. Vivencias de gestantes con embarazo de alto riesgo. Rev. Colomb. Enferm. 2016; 6: 15-28.
30. Hernández A, Vásquez M. El cuidado de enfermería comprometido: Motor en la satisfacción de la gestante durante el control prenatal. Rev Univ. salud. 2015; 17(1): 80-96.
31. Guzmán M. Percepción del cuidado de enfermería en un servicio de atención prenatal: Montería 2013 [Trabajo de grado de Maestría en Enfermería]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2014. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/43080/1/51555566-2013.pdf>
32. Bohórquez O, Rosas A, Pérez L, Munévar R. Seguimiento de enfermería a la madre y al recién nacido durante el puerperio: traspasando las barreras Hospitalarias. Av. Emferm. [Internet]. 2009; 27(2): 139-149. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/12976>
33. Bruggemann OM, Parpinelli M A, Osis M J, Cecatti J G, Carvalhinho C. Support to woman by a companion of her choice during childbirth: a randomized controlled trial. Salud Reprod. 2007; (4)5.



34. Nieto L, Romero M, Córdoba M, Campos M. Percepción del trato digno por la mujer embarazada en la atención obstétrica de enfermería. Rev CONAMED. 2011; 16(1): S5-S11.
35. Salazar M. Calidad de la Atención en el Embarazo y su relación con la satisfacción de las usuarias del Subcentro de Salud Pilahuin Cantón Ambato Provincia Tungurahua [Trabajo de grado para Médico]. Ambato, Ecuador: Universidad Técnica de Ambato. Ambato; 2014. Disponible en: <https://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/7493/1/SALAZAR%20VILLAC%C3%8DS%20MAR%C3%8DA%20GABRIELA.pdf>
36. Santos MF, Merighi MA, Muñoz LA. La enfermera clínica y las relaciones con los estudiantes de enfermería: un estudio fenomenológico. Texto contexto - enferm. 2010; 19(1):112-119.
37. Garantizar la atención segura de la gestante y el recién nacido [diapositiva]. Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social; s.f. [116 diapositivas]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Garantizar-atencion-segura-madre-hijo.pdf>
38. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo. Washington: World Health Organization; 2016. Disponible en: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49550/9789275320334\\_spa.pdf?ua=1](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49550/9789275320334_spa.pdf?ua=1)
39. Dueñas M, Noguera A. Evaluación de la calidad de la atención del Programa de Control Prenatal a partir de la atención brindada a las usuarias en el Centro de Salud Suroccidente de la E.S.E. Popayán enero de 2011 - junio de 2011 [Trabajo de grado de Especialización en Auditoría y Garantía de Calidad en Salud]. Popayán: Universidad EAN; 2012. Disponible en <https://repository.ean.edu.co/handle/10882/1734>



40. Alfaro, N. y Campos, G. Análisis del control prenatal que se brinda a las gestantes de la provincia de Heredia que tienen su parto en el Hospital San Vicente de Paúl. *Rev. Enfermería Actual en Costa Rica* [Internet]; 26: 1-19. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4895850>
41. Coneo P. Calidad en la atención de los profesionales de enfermería durante el parto y el puerperio en dos IPS de tercer nivel de atención. *Corporación Universitaria Rafael Nuñez*; 2013.
42. Huansi, B. Conocimientos de signos de peligro durante el embarazo, parto y puerperio en Púerperas atendidas en el Hospital Cesar Garayar García, Julio 2016 [Trabajo de grado de pregrado en Obstetiz]. Iquitos: Universidad Científica del Perú; 2016.
43. Flórez D, Galeano C y Guerrero M. Humanización en la atención por personal de enfermería a la gestante que se encuentra en trabajo de parto y parto en el servicio de ginecobstetricia del Hospital Universitario Departamental de Nariño, período febrero a mayo de 2016. Universidad Mariana, Pasto, 2016. Repositorio Biblioteca Trabajos de Grado Especialización en Enfermería Materno Perinatal.
44. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Norma técnica para la atención del parto. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/3Atencion%20del%20Parto.pdf>



## Anexo A. Tamizaje para morbilidad materna extrema



### TAMIZAJE PARA MORBILIDAD MATERNA EXTREMA

Diligencie este formato al momento de identificar al menos un criterio de inclusión como caso de morbilidad materna extrema, indique cual criterio de inclusión cumple y anexe a la historia clínica para incluir criterios a medida que se presenten dentro de la evolución clínica propia de su patología

Nombre de la Paciente: \_\_\_\_\_ Doc. identidad \_\_\_\_\_

CRITERIO		Fecha
<b>Relacionado con enfermedad específica</b>		
Eclampsia		
Choque séptico		
Choque hipovolémico		
<b>Relacionada con manejo</b>		
Necesidad de transfusión		
Necesidad de UCI		
Necesidad de procedimiento quirúrgico de emergencia		
<b>Relacionada con disfunción orgánica</b>		
Cardíaca	Paro cardíaco Edema pulmonar que requiera diuréticos endovenosos Necesidad de soporte inotrópico Necesidad de vasopresor y/o vasodilatador	
Vascular	Ausencia de pulsos periféricos o hipotensión > 30 min, asociada a choque de cualquier etiología TAS <90 mmHg, TAM <60 mmHg, TAD <40 mmHg Índice cardíaco >3.5 L /min.m Llenado capilar >2 segundos Necesidad de soporte vasoactivo TAS >160 o TAD >110 persistente por más de 20 minutos	
Renal	Incremento de creatinina basal de un 50% en 24 horas Elevación de la creatinina >1.2 mg/dl Oliguria (<0.5 cc/Kg/hora) sin respuesta a reemplazo de líquidos y diuréticos endovenosos Trastorno del equilibrio ácido básico	
Hepática	Ictericia de piel y escleras Bilirrubina total mayor de 3.0 mg/dl, Elevación de transaminasas AST y ALT >70 UI/L Elevación de LDH ≥600 UI/L	
Metabólica	Cetoacidosis diabética; crisis tiroidea, entre otras Hiperlactacidemia >200mmol/L, Hiperglicemia >240 mg/dl	
Cerebral	Coma Convulsiones Confusión Desorientación en persona, espacio y tiempo, Signos de focalización Lesiones hemorrágicas o isquémicas	
Respiratoria	Síndrome de dificultad respiratoria del adulto Necesidad de soporte ventilatorio invasivo o no	
Coagulación	Criterios de CID Trombocitopenia (<100000 plaquetas) Evidencia de hemólisis (LDH > 600)	



## Anexo B. Instrumento de recolección de información

### Proyecto de Investigación

**Cuidado de Enfermería en la Atención en Mujeres con Morbilidad Materna Extrema (MME) del segundo y tercer nivel de atención en Salud del municipio de Pasto, 2015**

**Autora Principal:**

**Lydia Esperanza Miranda Gámez**

**Coautoras:**

**María Cristina Coral Ibarra**

**Lizeth Coral Montenegro**

**Tania Judith Quiroz Buchely**

### Cuestionario

**Objetivo:** Este cuestionario permite determinar el cuidado de enfermería en el proceso de atención de la gestación, el parto y el puerperio en mujeres con Morbilidad Materna Extrema del segundo y tercer nivel de atención en salud del municipio de Pasto

#### Primera parte

#### INFORMACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA

CÓDIGO \_\_\_\_\_

MUNICIPIO DE PROCEDENCIA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

DIRECCIÓN \_\_\_\_\_ ZONA:

Rural \_\_\_\_ Urbana \_\_\_\_\_

CELULAR /TELÉFONO \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ EDAD (AÑOS) \_\_\_\_\_



ETNIA: Blanca \_\_\_\_\_ Indígena \_\_\_\_\_ Mestiza \_\_\_\_\_ Negra  
\_\_\_\_\_ Otra \_\_\_\_\_

ESTUDIOS: Ninguno \_\_\_\_\_ Primaria \_\_\_\_\_ Secundaria \_\_\_\_\_  
Universitarios \_\_\_\_\_ Tecnólogo: \_\_\_\_\_ Técnico: \_\_\_\_\_ N.º Años  
en el nivel mayor de educación \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL: Casada \_\_\_\_\_ Unión Estable \_\_\_\_\_ Soltera \_\_\_\_\_  
Otro \_\_\_\_\_ VIVE SOLA: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

INSTITUCIÓN Y LUGAR DONDE SE REALIZÓ EL  
CONTROL PRENATAL:

-----  
-----

INSTITUCIÓN DONDE ATENDIERON EL PARTO: \_\_\_\_\_  
DIAGNÓSTICO POR CIE 10: \_\_\_\_\_

## Segunda Parte

### Instructivo:

Señalar con una X la opción que usted considere sea su respuesta.

#### 1. Cuidado de enfermería en la fase de reconocimiento del problema en

#### la atención preconcepcional y en el embarazo

---

Pregunta	Si	Parcialmente	No	No responde	No aplica
Reconocimiento del Problema en la atención preconcepcional					

---



---

1.1 ¿La enfermera antes de quedar embarazada estableció dialogo con usted para hablar de su deseo de tener un hijo?

---

1.2 ¿La enfermera(o) antes de quedar embarazada le dio a conocer el derecho a tener información sobre todos los aspectos relacionados con la sexualidad, conocer cómo funciona el aparato reproductor femenino y masculino?

---

<b>Pregunta</b>	<b>Si</b>	<b>Parcialmente</b>	<b>No</b>	<b>No responde</b>	<b>No aplica</b>
1.3 ¿La enfermera(o) antes de quedar embarazada le dio a conocer el derecho, que tienen hombres y mujeres, a decidir de manera libre y responsable la posibilidad de ser padres o madres?					
1.4 ¿La enfermera(o) en el control, antes de quedar embarazada, le dio a conocer el derecho a decidir libre y responsablemente el número de hijos y el intervalo entre ellos?					
1.5. ¿La enfermera(o) en el control, antes de quedar embarazada, le dio a conocer el derecho a acceder a métodos de planificación familiar seguros?					

---





---

1.6 ¿La enfermera(o) antes de quedar embarazada le permitió expresar sus dudas, inquietudes y necesidades en aspectos relacionados con la salud sexual y reproductiva?

---

1.7 ¿La enfermera(o) antes de quedar embarazada le dio a conocer los factores de riesgo para un embarazo?

---

1.8. ¿La enfermera(o) antes de quedar embarazada le enseñó a usted y a su pareja sobre la forma de intervenir los factores de riesgo?

---

1.9 ¿La enfermera(o) antes de quedar embarazada le explicó la importancia del autocuidado o prácticas saludables para lograr tener una salud sexual y reproductiva?

---

1.10 ¿La enfermera(o) antes de quedar embarazada le mostró respeto por la decisión de tener un hijo o no?

---

**Reconocimiento del Problema en la atención en el embarazo**

---

<b>Pregunta</b>	<b>Si</b>	<b>Parcialmente</b>	<b>No</b>	<b>No responde</b>	<b>No aplica</b>
-----------------	-----------	---------------------	-----------	--------------------	------------------

---



---

1.11 ¿La enfermera(o) en el control de su embarazo le explicó a usted, a su compañero o familiar, en forma clara, los signos de alarma, por los cuales debe acudir inmediatamente a una institución de salud?

---

1.13. ¿La enfermera(o) en el control de su embarazo le dio a conocer el derecho a tener acceso a servicios de salud que garanticen una maternidad libre de riesgos?

---

1.14. ¿La enfermera(o) en el control de su embarazo le dio a conocer el derecho a acceder a métodos de planificación familiar seguros?

---

1.15. ¿La enfermera(o) en el control de su embarazo le dio a conocer el derecho a decidir libre y responsablemente el número de hijos y el intervalo entre ellos y cómo lograrlo?

---

1.16 ¿La enfermera(o) le explicó a usted y a su pareja sobre la importancia de asistir a control prenatal para la preparación de su embarazo

---



---

1.17 ¿La enfermera(o) en el control de su embarazo le permitió expresar sus dudas, inquietudes y necesidades en aspectos relacionados con la salud sexual y reproductiva?

---

1.18 ¿La enfermera(o) le explicó sobre los deberes y derechos en salud en el embarazo, parto y después del parto?

---

### Oportunidad de Decisión y la Acción

---

Pregunta	Si	Parcialmente	No	No responde	No aplica
2.1 ¿La enfermera(o) tuvo en cuenta sus creencias y costumbres para atenderla en su embarazo, parto y después del parto?					
2.2 ¿La enfermera(o) durante la atención en el embarazo, parto y posparto preguntó si usted cuenta con apoyo de la familia o persona significativa durante el transcurso de gestación?					
2.3 ¿La enfermera(o) gestionó la búsqueda de atención en salud de forma oportuna durante su embarazo?					



2.4 ¿La enfermera(o) durante la atención en el embarazo realizó alguna intervención para resolver una experiencia negativa en el servicio de salud, como maltrato, demora en la atención, inatención?

2.5 ¿La actuación de la enfermera(o) ante a su dificultad durante la atención de su embarazo, parto y después del parto fue adecuada?

---

## 2. Acceso a la Atención y Logística de Referencia

---

Pregunta	Si	Parcialmente	No	No responde	No aplica
3.1 ¿La enfermera solucionó las dificultades para desplazarse a los servicios de salud en su embarazo por problemas en la carretera, por vivir en área retirada, por problemas de orden público o conflicto armado?					
3.2 ¿La enfermera le ayudó en forma rápida en los trámites administrativos cuando usted necesito ser atendida en la institución de salud?					
3.3. ¿La enfermera(o) ayudó en forma rápida ante su empresa de salud los trámites cuando usted necesitó ser remitida a otra institución de salud?					

---



---

3.4 ¿La enfermera(o) durante la atención de su embarazo buscó apoyo en caso de usted tener problemas económicos que impidieron trasladarse a una atención en salud?

---

### 3. Calidad de la Atención

Pregunta	Si	Parcialmente	No	No responde	No aplica
4.1 ¿La enfermera(o) le explicó la importancia del control prenatal o control del embarazo?					
4.2 ¿Cuándo usted tuvo control del embarazo, la enfermera(o) lo hizo en un espacio que garantice privacidad y comodidad?					
4.3 ¿Cuándo usted tuvo control del embarazo, la enfermera(o) le dio educación con ayuda de materiales como rotafolios, folletos, fotografías?					
4.4 ¿Cuándo usted tuvo su control del embarazo, la enfermera le permitió el acompañamiento de su pareja o una persona muy significativa para usted?					



---

4.5 ¿La enfermera(o) durante su atención en el embarazo utilizó un lenguaje que usted pudo entender?

---

4.6 ¿La enfermera(o) en la atención de su embarazo tuvo tiempo para escuchar sus problemas?

---

4.7 ¿La enfermera(o) en la atención de su embarazo le explicó sobre los métodos de anticoncepción para después del parto?

---

4.8 ¿La enfermera(o) durante el control del embarazo le explicó la importancia de asistir a usted y a su pareja al curso psicoprofilactico?

---

4.9 ¿La enfermera(o) en la atención de su embarazo le explicó la importancia de los movimientos fetales como señal de bienestar de su bebé?

---

4.10 ¿La enfermera(o) durante la atención de trabajo de parto y después del parto le tomó los signos vitales, frecuentemente?

---

4.11 ¿La enfermera(o) después del parto le vigiló sangrado vaginal?

---



---

4.12 ¿La enfermera(o) le explica sobre los signos de alarma después del parto: sangrado abundante, dolor de cabeza, mareo, sudoración, fiebre, dolor abdominal, mal olor?

---

Observaciones:

---



## Anexo C. Opción de No aplica

### Instructivo:

Señalar con una X la opción que usted considere sea su respuesta.

### 1. Cuidado de enfermería en la fase de reconocimiento del problema y oportunidad de decisión y la acción del proceso de atención a la mujer con MME

Pregunta	Si	Parcialmente	No	No responde	No aplica
1.1 ¿La enfermera(o) en el control de su embarazo le explicó a usted, a su compañero o familiar en forma clara, los signos de alarma, por los cuales debe acudir inmediatamente a una institución de salud?					No aplica para las pacientes que en su embarazo no tuvieron contacto con la enfermera por motivos como: * No tuvo control prenatal con enfermera, * No asistió a curso de preparación del parto o de Educación para la maternidad y paternidad.. No aplica para aquellas mujeres que no lograron recordar con exactitud si fueron atendidas por profesional de enfermería durante su embarazo.





---

1.2 ¿La enfermera(o) en el control de su embarazo le dio a conocer el derecho a tener información sobre todos los aspectos relacionados con la sexualidad, conocer cómo funciona el aparato reproductor femenino y masculino?

No aplica para las pacientes que en su embarazo no tuvieron contacto con la enfermera por motivos como:  
\* No tuvo control prenatal con enfermera.  
\* No asistió a curso de preparación del parto o de Educación para la maternidad y paternidad.  
No aplica para aquellas mujeres que no lograron recordar con exactitud si fueron atendidas por profesional de enfermería durante su embarazo.

---

1.3 ¿La enfermera(o) en el control de su embarazo le dio a conocer el derecho que tienen hombres y mujeres a decidir de manera libre y responsable la posibilidad de ser padres o madres?

No aplica las pacientes que en su embarazo no tuvieron contacto con la enfermera por motivos como:  
\* No tuvo control prenatal con enfermera.  
\* No asistió a curso de preparación del parto o de Educación para la maternidad y paternidad.  
No aplica para aquellas mujeres que no lograron recordar con exactitud si fueron atendidas por profesional de enfermería durante su embarazo



---

1.4. ¿La enfermera(o) en el control de su embarazo le dio a conocer el derecho a tener acceso a servicios de salud que garanticen una maternidad libre de riesgos?

No aplica las pacientes que en su embarazo no tuvieron contacto con la enfermera por motivos como:  
\* No tuvo control prenatal con enfermera.  
\* No asistió a curso de preparación del parto o de Educación para la maternidad y paternidad.

No aplica para aquellas mujeres que no lograron recordar con exactitud si fueron atendidas por profesional de enfermería durante su embarazo

---

1.5. ¿La enfermera(o) en el control de su embarazo le dio a conocer el derecho a acceder a métodos de planificación familiar seguros?

No aplica las pacientes que en su embarazo no tuvieron contacto con la enfermera por motivos como:  
\* No tuvo control prenatal con enfermera.  
\* No asistió a curso de preparación del parto o de Educación para la maternidad y paternidad.

No aplica para aquellas mujeres que no lograron recordar con exactitud si fueron atendidas por profesional de enfermería durante su embarazo

---



---

1.6. ¿La enfermera(o) en el control de su embarazo le dio a conocer el derecho a decidir libre y responsablemente el número de hijos y el intervalo entre ellos y cómo lograrlo?

No aplica las pacientes que en su embarazo no tuvieron contacto con la enfermera por motivos como:  
\* No tuvo control prenatal con enfermera.  
\* No asistió a curso de preparación del parto o de Educación para la maternidad y paternidad.  
No aplica para aquellas mujeres que no lograron recordar con exactitud si fueron atendidas por profesional de enfermería durante su embarazo.

---

1.7 ¿La enfermera(o) le explicó a usted y a su pareja sobre la importancia de asistir a control prenatal para la preparación de su embarazo?

No aplica las pacientes que en su embarazo no tuvieron contacto con la enfermera por motivos como:  
\* No tuvo control prenatal con enfermera.  
\* No asistió a curso de preparación del parto o de Educación para la maternidad y paternidad.  
No aplica para aquellas mujeres que no lograron recordar con exactitud si fueron atendidas por profesional de enfermería durante su embarazo



---

1.8 ¿La enfermera(o) en el control de su embarazo le permitió expresar sus dudas, inquietudes y necesidades en aspectos relacionados con la salud sexual y reproductiva?

No aplica las pacientes que en su embarazo no tuvieron contacto con la enfermera por motivos como:

\* No tuvo control prenatal con enfermera.

\* No asistió a curso de preparación del parto o de Educación para la maternidad y paternidad.

No aplica para aquellas mujeres que no lograron recordar con exactitud si fueron atendidas por profesional de enfermería durante su embarazo.

---

1.9 ¿La enfermera(o) le explicó sobre los deberes y derechos en salud en el embarazo, parto y después del parto?

No aplica las pacientes que en su embarazo no tuvieron contacto con la enfermera por motivos como:

\* No tuvo control prenatal con enfermera.

No aplica para aquellas mujeres que no lograron recordar con exactitud si fueron atendidas por profesional de enfermería durante su embarazo

---



## 2. Oportunidad de decisión y la acción

Pregunta	Si	Parcialmente	No	No responde	No aplica
2.1 ¿La enfermera(o) tuvo en cuenta sus creencias y costumbres para atenderla en su embarazo, parto y después del parto?					<p>No aplica en las mujeres que en su embarazo no tuvieron contacto con la enfermera.</p> <p>No aplica para aquellas mujeres que no lograron recordar con exactitud si fueron atendidas por profesional de enfermería</p>
2.2 ¿La enfermera(o) durante la atención en el embarazo, parto y posparto preguntó si usted cuenta con apoyo de la familia o persona significativa durante el transcurso de gestación?					<p>No aplica en las mujeres que en su embarazo no tuvieron contacto con la enfermera</p> <p>No aplica para aquellas mujeres que no lograron recordar con exactitud si fueron atendidas por profesional de enfermería.</p>
2.3 La enfermera(o) gestionó la búsqueda de atención en salud de forma oportuna durante su embarazo?					<p>No aplica las pacientes que en su embarazo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* No tuvo control prenatal con enfermera.</li> <li>* Tuvo contacto con la enfermera y la paciente no tuvo inconvenientes en la atención oportuna.</li> </ul> <p>No aplica para aquellas mujeres que no lograron recordar con exactitud si fueron atendidas por profesional de enfermería durante su embarazo.</p>



---

2.4 ¿La enfermera(o) durante la atención en el embarazo realizó alguna intervención para resolver una experiencia negativa en el servicio de salud como maltrato, demora en la atención, inatención?

No aplica las pacientes que en su embarazo:

\* No tuvo control prenatal con enfermera.

\* Tuvo contacto con la enfermera y la paciente no tuvo experiencias negativas en la atención.

No aplica para aquellas mujeres que no lograron recordar con exactitud si fueron atendidas por profesional de enfermería durante su embarazo.

---

2.5 ¿La actuación de la enfermera(o) ante a su dificultad durante la atención de su embarazo, parto y después del parto fue adecuada?

No aplica las pacientes que en su embarazo:

\* No tuvo control prenatal con enfermería.

\* Tuvo contacto con la enfermera y la paciente no comentó tener dificultades.

No aplica para aquellas mujeres que no lograron recordar con exactitud si fueron atendidas por profesional de enfermería durante su embarazo

---



### 3. Acceso a la Atención

Pregunta	Si	Parcialmente	No	No responde	No aplica
3.1 La enfermera solucionó las dificultades para desplazarse a los servicios de salud en su embarazo por problemas en la carretera o por vivir en área retirada o por problemas de orden público o conflicto armado?					<p>No aplica las pacientes que en su embarazo:</p> <p>* No tuvo control prenatal con enfermera,.</p> <p>* Tuvo contacto con la enfermera y la paciente no tuvo dificultades para desplazarse.</p> <p>No aplica para aquellas mujeres que no lograron recordar con exactitud si fueron atendidas por profesional de enfermería durante su embarazo.</p>
3.2 La enfermera le ayudó en forma rápida en los trámites administrativos cuando usted necesito ser atendida en la institución de salud					<p>No aplica las pacientes que en su embarazo:</p> <p>* No tuvo control prenatal con enfermera.</p> <p>* Tuvo contacto con la enfermera y la paciente no necesitó trámites administrativos para ser atendida en la institución de salud.</p> <p>No aplica para aquellas mujeres que no lograron recordar con exactitud si fueron atendidas por profesional de enfermería durante su embarazo.</p>



---

3.3. ¿La enfermera(o) ayudó en forma rápida ante su empresa de salud los trámites cuando usted necesitó ser remitida a otra institución de salud?

No aplica las pacientes que en su embarazo:

\* No tuvo control prenatal con enfermera.

\* Tuvo contacto con la enfermera y la paciente no necesitó trámites administrativos para ser remitida a otra institución de salud.

No aplica para aquellas mujeres que no lograron recordar con exactitud si fueron atendidas por profesional de enfermería durante su embarazo.

---

3.4 ¿La enfermera(o) durante la atención de su embarazo buscó apoyo en caso de usted tener problemas económicos que impidieron trasladarse a una atención en salud?

No aplica las pacientes que en su embarazo:

\* No tuvo control prenatal con enfermera.

\* Tuvo contacto con la enfermera y la paciente no tuvo problemas económicos que impidieron trasladarse a una atención en salud.

No aplica para aquellas mujeres que no lograron recordar con exactitud si fueron atendidas por profesional de enfermería durante su embarazo.

---





## 4. Calidad de la Atención

Pregunta	Si	Parcialmente	No	No responde	No aplica
4.1 ¿La enfermera(o) le explicó la importancia del control prenatal o control del embarazo?					<p>No aplica las pacientes que en su embarazo:</p> <p>* No tuvo control prenatal con enfermera.</p> <p>* No acudió a curso de preparación del parto o de Educación para la maternidad y paternidad.</p> <p>No aplica para aquellas mujeres que no lograron recordar con exactitud si fueron atendidas por profesional de enfermería durante su embarazo.</p>
4.2 ¿Cuándo usted tuvo control del embarazo, la enfermera(o) lo hizo en un espacio que garantizó su privacidad y comodidad?					<p>No aplica las pacientes que en su embarazo:</p> <p>* No tuvo control prenatal con enfermera.</p> <p>No aplica para aquellas mujeres que no lograron recordar con exactitud si fueron atendidas por profesional de enfermería durante su embarazo.</p>
4.3 ¿Cuándo usted tuvo control del embarazo, la enfermera(o) le dio educación con ayuda de materiales como rotafolios, folletos, fotografías?					<p>No aplica las pacientes que en su embarazo:</p> <p>* No tuvo control prenatal con enfermera.</p> <p>No aplica para aquellas mujeres que no lograron recordar con exactitud si fueron atendidas por profesional de enfermería durante su embarazo.</p>



---

4.4 ¿Cuándo usted tuvo su control del embarazo, la enfermera le permitió el acompañamiento de su pareja o una persona muy significativa para usted?

No aplica las pacientes que en su embarazo:

\* No tuvo control prenatal con enfermera.

No aplica para aquellas mujeres que no lograron recordar con exactitud si fueron atendidas por profesional de enfermería durante su embarazo

---

4.5 ¿La enfermera(o) durante su atención en el embarazo utilizó un lenguaje que usted pudo entender?

No aplica las pacientes que en su embarazo:

\* No tuvo control prenatal con enfermera.

No aplica para aquellas mujeres que no lograron recordar con exactitud si fueron atendidas por profesional de enfermería durante su embarazo.

---

4.6 ¿La enfermera(o) en la atención de su embarazo tuvo tiempo para escuchar sus problemas?

No aplica las pacientes que en su embarazo:

\* No tuvo control prenatal con enfermera.

No aplica para aquellas mujeres que no lograron recordar con exactitud si fueron atendidas por profesional de enfermería durante su embarazo.

---



---

4.7 ¿La enfermera(o) en la atención de su embarazo le explicó sobre los métodos de anticoncepción para después del parto?

No aplica las pacientes que en su embarazo:

\* No tuvo control prenatal con enfermera.

No aplica para aquellas mujeres que no lograron recordar con exactitud si fueron atendidas por profesional de enfermería durante su embarazo

---

4.8 ¿La enfermera(o) durante el control del embarazo le explicó la importancia de asistir a usted y a su pareja al curso psicoprofilactico?

No aplica las pacientes que en su embarazo:

\* No tuvo control prenatal con enfermera.

No aplica para aquellas mujeres que no lograron recordar con exactitud si fueron atendidas por profesional de enfermería durante su embarazo.

---

4.9 ¿La enfermera(o) en la atención de su embarazo le explicó la importancia de los movimientos fetales como señal de bienestar de su bebé?

No aplica las pacientes que en su embarazo:

\* No tuvo control prenatal con enfermera.

No aplica para aquellas mujeres que no lograron recordar con exactitud si fueron atendidas por profesional de enfermería durante su embarazo.

---



<p>4.10 ¿La enfermera(o) durante la atención de trabajo de parto y después del parto le tomó los signos vitales, frecuentemente?</p>	<p>No aplica las pacientes que en su trabajo de parto y después del parto:</p>
<p>4.11 ¿La enfermera(o) durante la atención de trabajo de parto le controló la duración e intensidad de las contracciones, si las tuvo?</p>	<p>* No fue atendida por enfermera en su trabajo de parto y después del parto. No aplica para aquellas mujeres que no lograron recordar con exactitud si fueron atendidas por profesional de enfermería durante su embarazo.</p>
<p>4.12 ¿La enfermera(o) durante la atención del embarazo y trabajo de parto le escuchó el corazón de su bebé?</p>	<p>No aplica las pacientes que en su trabajo de parto:</p> <p>* No fue atendida por enfermera en su trabajo de parto. No aplica para aquellas mujeres que no lograron recordar con exactitud si fueron atendidas por profesional de enfermería durante su embarazo.</p>
<p>No aplica las pacientes que en su embarazo y trabajo de parto:</p> <p>* No tuvo control prenatal con enfermera y no fue atendida por enfermera en su trabajo de parto. No aplica para aquellas mujeres que no lograron recordar con exactitud si fueron atendidas por profesional de enfermería durante su embarazo.</p>	



---

4.13 ¿La enfermera(o) después del parto le vigiló sangrado vaginal cada 15 minutos en las primeras dos horas y luego cada media hora hasta llegar a las 6 horas?

No aplica las pacientes después del parto:

\* No fue atendida por enfermera.

No aplica para aquellas mujeres que no lograron recordar con exactitud si fueron atendidas por profesional de enfermería durante su embarazo

---

4.14 ¿La enfermera(o) le explicó sobre los signos de alarma después del parto: sangrado abundante, dolor de cabeza, mareo, sudoración, fiebre, dolor abdominal, mal olor?

No aplica las pacientes después del parto:

\* No fue atendida por enfermera.

No aplica para aquellas mujeres que no lograron recordar con exactitud si fueron atendidas por profesional de enfermería durante su embarazo.

---

Observaciones:

---





## **Lydia Esperanza Miranda Gámez**

Magíster en Enfermería con énfasis Materno Infantil, Universidad del Valle, Cali, Colombia. Especialista en Enfermería Materno Perinatal, Universidad del Valle, Cali, Colombia. Enfermera, Universidad Mariana, San Juan de Pasto, Colombia. Tiene 19 años de trayectoria profesional en el sector de Educación. Actualmente se encuentra vinculada a la Universidad Mariana como Investigadora y líder GrupLAC del Grupo de Investigación en Salud –GIESUM, con Categoría B por Minciencias y como docente de la Especialización en Enfermería Maternoperinatal de la Facultad de Ciencias de la Salud. Además, se ha desempeñado como coordinadora del Área de Proyección Social del Programa de Medicina de la Fundación Universitaria San Martín de Pasto y docente en el área de Promoción y Mantenimiento de la Salud y Prevención de la Enfermedad de los Programas de Medicina de la Universidad Cooperativa de Colombia sede Pasto y Fundación Universitaria San Martín sede Pasto y del Programa de Promoción de la Salud de la Universidad de Nariño.

En el sector de Salud con 21 años de experiencia en la Coordinación Departamental y Municipal de Programas y Proyectos de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad con énfasis en el área de Salud Sexual y Reproductiva, Educación y Atención Primaria en Salud, en el marco de lineamientos del Ministerio de Salud y de Cooperación Internacional.





### **María Cristina Coral Ibarra**

Especialista en Cuidado del Paciente en Estado Crítico, Universidad Mariana, Pasto, Colombia. Laboró 2 años con el Ejército Nacional, donde encontró su crecimiento profesional en el manejo de programas como fuerza y régimen especial. En el área clínica se desempeñó en la Institución del Hospital Civil de Ipiales por 2 años; en el área comunitaria cerca de 12 años de experiencia en primer nivel en diferentes instituciones. Actualmente, se encuentra laborando en la EPS Emssanar en el área de auditoría en mantenimiento de promoción y mantenimiento de la salud.



### **Lizeth Coral Montenegro**

Especialista en Cuidado del Paciente en Estado Crítico, Universidad Mariana, San Juan de Pasto, Colombia. Enfermera, Universidad Mariana, San Juan de Pasto, Colombia. Docente del Programa de Enfermería, Universidad Mariana. Actualmente, vinculada a la Fundación Hospital San Pedro Unidad de Cuidados Intensivos, con 5 años de experiencia laboral; 2 años de experiencia en Closter Pharma como enfermera asistencial en instalación del sistema de terapia de presión negativa; 3 años de experiencia laboral en el sector Salud como coordinadora de programas y proyectos de Promoción y Prevención de la enfermedad con énfasis en el área de salud sexual y reproductiva atención en AIEPI y plan ampliado de vacunación PAI.





## **Tania Judith Quiroz Buchel**

Especialista en Cuidado del Paciente en Estado Crítico, Universidad Mariana, San Juan de Pasto, Colombia. Enfermera, Universidad de Caldas, Manizales, Colombia. Tiene 12 años de amplia experiencia en el área asistencial, especialmente en cuidado y manejo integral del Recién Nacido Críticamente Enfermo. Se desempeñó como Enfermera de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales y servicio de Urgencias del Hospital Civil de Ipiales, Nariño. Actualmente se desempeña como Enfermera de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Infantil Los Ángeles de la ciudad de Pasto.







La Mortalidad Materna (MM) es un claro problema de salud pública en el contexto internacional, nacional y regional, que refleja los graves problemas de pobreza, de agravio social, inequidad de género y de acceso y atención en salud a la mujer.

Dentro de las estrategias preventivas instauradas en los últimos años a nivel internacional, nacional y local, para impactar sobre las altas cifras de MM y mejorar los resultados perinatales de las pacientes obstétricas críticamente enfermas, actualmente ha cobrado un papel muy importante el estudio de la atención recibida por las gestantes sobrevivientes a una Morbilidad Materna Extrema (MME), definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como la complicación obstétrica severa que requiere intervención urgente, para impedir el posible fallecimiento de la madre.



**Universidad Mariana**  
**Calle 18 No. 34-104 San Juan de Pasto**  
**<http://editorial.umariana.edu.co/libros/index.php/editorialunimar>**