

Prácticas en enfermería para prevenir la mortalidad materna de la mujer en edad fértil

Nursing Care to Women in Fertile Age: Practices to Prevent Maternal Mortality

Mildred Guarnizo-Tole,^{1,2} Hugo Olmedillas-Fernández,³ Germán Vicente-Rodríguez¹

¹ Facultad de Ciencias de la Salud y del Deporte, Universidad de Zaragoza. Zaragoza, España.

² Facultad de Enfermería, Universidad El Bosque. Bogotá, Colombia.

³ Departamento de Biología Funcional. Universidad de Oviedo, España. Facultad de Ciencias de la Salud y del Deporte, Universidad de Zaragoza. Zaragoza, España.

RESUMEN

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

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

Métodos: Estudio cuantitativo, descriptivo transversal. El muestreo fue no probabilístico por conveniencia. Durante la recolección de la información 60 enfermeras diligenciaron un cuestionario constituido de cuatro módulos (conocimiento del sujeto de cuidado, trabajo multidisciplinario, gestión y fundamentación normativa, y educación continuada) que fue diseñado y validado para el presente estudio.

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

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

Palabras clave: atención de enfermería; mortalidad materna; salud materna.

ABSTRACT

Introduction: Professional nurses have more contact with women during the assistance moments of their fertile life. These circumstances allow carrying on diverse practices to prevent the maternal mortality since the preconception and to guarantee a secure birth.

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

Methods: It corresponds to a quantitative, descriptive, transversal design. Sixty nurses took part. We gathered information by means a questionnaire conformed in four modules (knowledge of the subject of care, multidisciplinary work, care management and normative foundation and continuing education) designed and valid for this study.

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

Conclusions: The implementation of practices that counteract maternal mortality is better when nurses have updated knowledge that leads to develop better multidisciplinary work; and therefore better care management.

Keywords: nursing care, maternal mortality, maternal health.

INTRODUCCIÓN

La mortalidad materna es definida como la muerte de una mujer ocurrida durante el curso del embarazo o en los 42 días posteriores después del parto (independientemente su duración o lugar de ocurrencia), y generada por causa determinada o agravada por el embarazo (tratamiento, cuidados que el mismo motiva), o producida por la confluencia de estos; pero nunca ni accidental, ni fortuita.¹ A nivel internacional, la permanente búsqueda de mecanismos orientados al manejo de este evento terminó por contribuir al desarrollo de un marco normativo que busca proporcionar atención integral a la mujer en edad fértil en el curso de su vida, desde una perspectiva biopsicosocial y cultural.^{1,2} No obstante, en el mundo mueren alrededor de 830 mujeres cada día por complicaciones generadas en el período perinatal y posnatal. Este evento es más representativo en los países más pobres en los que la Razón de Mortalidad Materna (RMM) puede llegar a 239 muertes maternas por 100 000 nacidos vivos.²

El comportamiento de la mortalidad materna en Colombia se caracteriza por presentar un declive en las últimas dos décadas. A pesar de esta reducción, se estima que 60 % de los decesos se agrupa en 50 % de la población más vulnerable.³ La RMM reportada a través del tiempo expone que en el año 2000 el país tuvo 97 muertes maternas por 100 000 nacidos vivos, y para los años 2010 y 2015 se mantuvo en 72.⁴

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

Por otro lado, la enfermera es la profesional del equipo de salud que mayor tiempo permanece con la mujer, la familia y la comunidad en los diferentes momentos de atención. No solo desde la clínica, sino desde otros escenarios de desempeño laboral como son la salud pública, el ejercicio independiente, la gerencia, el ámbito de la investigación y la docencia.⁷ Además, es un recurso humano que actúa, tanto a partir de los conocimientos teóricos que contribuyen al manejo del fenómeno, como desde la puesta en marcha de una multiplicidad de prácticas respaldadas científicamente que benefician la salud de la mujer en edad fértil, del hijo por nacer, de la familia y por ende de la sociedad en general. En este orden de ideas, prevenir la muerte materna se convierte en una prioridad para la disciplina. Por tal motivo, este estudio tuvo como objetivo describir las prácticas realizadas en relación a la prevención de la mortalidad materna desde el ejercicio profesional de la enfermera, en tres instituciones de salud en Bogotá, Colombia.

MÉTODOS

Es un estudio descriptivo y transversal desarrollado en tres hospitales públicos de la ciudad de Bogotá desde diciembre de 2015 hasta febrero de 2016. Uno de los hospitales pertenece a la Subred Integrada de Servicios de Salud del Suroccidente: Hospital A (1er nivel de atención) y los otros dos hacen parte de la Subred Integrada de Servicios de Salud del Norte Hospital B y Hospital C (3er y 1er nivel de atención).

El tipo de muestreo implementado fue no probabilístico por conveniencia, en el cual (n= 60) enfermeras diligenciaron un cuestionario diseñado para el estudio previa verificación de los criterios de inclusión, los cuales fueron tener un tiempo de estar trabajando en el servicio mayor a tres meses y laborar en áreas afines con la atención materna. El valor de la significancia implementado en el estudio fue de 0,05.

Riesgo del diseño

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

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

contextos equivalentes a los manejados con respecto al recurso humano y al tipo de instituciones participantes.

Instrumento

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

Cuadro 1. Estructura del cuestionario PRACEPMME1

A. CONOCIMIENTO DEL SUJETO DE CUIDADO	
1	<p>Conoce los aspectos a tener en cuenta en el momento de valorar a una mujer en edad fértil, gestante o en posparto.</p> <p><i>Mencione algunos de ellos:</i></p>
2	<p>Identifica el riesgo relacionado con la salud física de la mujer durante la valoración realizada en la preconcepción, la gestación y el posparto.</p>
3	<p>Identifica el riesgo psicosocial de la mujer en los diferentes momentos de su vida (la preconcepción, la gestación y el posparto).</p>
4	<p>Valora los paraclínicos, las imágenes diagnósticas, las pruebas de bienestar fetal y entre otros, con el fin de realizar intervenciones que respondan a las necesidades de salud de la mujer.</p> <p><i>Mencione algunos de ellos:</i></p>
5	<p>Educa a la madre y a su grupo familiar sobre los signos de alarma característicos de cada trimestre de la gestación y en el posparto.</p> <p><i>Mencione algunos de ellos:</i></p>
6	<p>Conoce las causas de morbilidad materna extrema.</p> <p><i>Mencione algunas de ellas:</i></p>
7	<p>Conoce las causas de mortalidad materna durante la gestación y el posparto.</p> <p><i>Mencione algunas de ellas:</i></p>
8	<p>Conoce los aspectos relacionados con la preparación para la maternidad y la paternidad.</p> <p><i>Mencione algunos de ellos:</i></p>
B. TRABAJO MULTIDISCIPLINARIO	
9	<p>Informa al equipo de salud sobre las necesidades de salud de la mujer (gestante o posparto), para el logro de una atención oportuna y de calidad.</p> <p><i>Mencione algunas de las situaciones informadas:</i></p>
10	<p>Considera que los canales de comunicación en el equipo de salud del cual participa son adecuados, y contribuyen a la prevención de la morbimortalidad materna.</p>

11	Considera que el intercambio de conocimientos en el equipo de salud del cual participa es el adecuado, y contribuye a la prevención de la morbilidad materna.
12	Considera que sus opiniones, juicios e intervenciones son tenidos en cuenta por el equipo de salud en los momentos de toma de decisiones <i>Si la respuesta es Nunca, mencione por qué:</i>
13	Genera y/o fortalece la realización de intervenciones encaminadas a la prevención de la mortalidad materna en su lugar de trabajo. <i>Mencione algunas de ellas:</i>
14	Contribuye a fortalecer en los integrantes del equipo de salud, los conocimientos y las destrezas asociadas con la prevención de las muertes maternas según el ámbito de desempeño profesional.
C. GESTIÓN Y FUNDAMENTACION NORMATIVA	
15	Conoce el marco político y normativo que rige la prevención de la mortalidad materna, y los aspectos asociados a la misma.
16	Conoce e informa a la madre y a su grupo familiar, sobre la ruta de atención a seguir para la prestación de los servicios de salud durante la gestación y el parto.
17	Gestiona de forma oportuna e integral los procesos relacionados con la prestación del servicio de salud, según el riesgo (físico y/o psicosocial) de la mujer gestante o en posparto.
18	Participa o ha participado de acciones de vigilancia epidemiológica relacionada con la morbilidad y mortalidad materna. <i>Mencione sus aportes en esta labor:</i>
19	Realiza seguimiento mujer gestante y en posparto según las necesidades en salud presentes (durante la estancia en la institución y/o pos alta). <i>Mencione las razones:</i>
20	Enseña a la mujer y a su grupo familiar sobre los derechos y deberes en salud sexual y salud reproductiva, entre otros.
D. EDUCACIÓN CONTINUADA	
21	Realiza usted actualizaciones y capacitaciones sobre temáticas relacionadas con la prevención de la morbilidad materna. <i>Mencione algunos de los temas:</i>
22	La institución donde labora le ha ofrecido a usted eventos de educación continuada: talleres, seminarios, simposios, entre otros, espacios destinados para el fortalecimiento de competencias asociadas a la atención materna.
23	Participa en espacios destinados al abordaje de la salud materna. <i>Mencione el propósito de su participación:</i>
24	Participa o ha participado en proyectos o investigaciones relacionadas con la salud materna. <i>Mencione cual(es):</i>

La validez facial del instrumento fue ejecutada por siete enfermeras con amplio reconocimiento y experticia en el área de estudio, reportando un índice de aceptación global⁸ de 99,4 %, sumado al cumplimiento de los criterios de suficiencia en un 99,4 %, coherencia 99,4 %, relevancia 98,8 % y claridad 100 %. La validez de contenido (CVR') midió la utilidad o no utilidad de los ítems, la CVR' de los ítems osciló entre 0,83 y 1,00. El índice de validez de contenido (CVI) de cada uno de los módulos fue, el de A: 0,93, B: 0,94, C: 0,91 y D: 0,91. Mientras que el CVI global arrojó un valor de 0,93 que de acuerdo al criterio modificado de Lawshe,⁹ permitió interpretar que la totalidad de los ítems del cuestionario eran aceptables porque sobrepasaron el valor de referencia de 0,58. Mediante la prueba piloto ejecutada con (n= 22) enfermeras se obtuvo un coeficiente de 0,81. Se consideró que el PRACEPMME1 podía ser utilizado en el estudio para medir las variables de interés.

Análisis de los datos

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

Consideraciones éticas

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

RESULTADOS

Análisis descriptivo

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

Tabla 1. Características de la muestra

Variable	No.	%
Hospital A	35	58.3

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

Otras prácticas identificadas en las respuestas abiertas

Módulo A de conocimiento del sujeto del cuidado, en el ítem 1 sobresale la evaluación de los antecedentes personales y familiares de la mujer 81,7%, en el 4 la valoración del antígeno de superficie del virus de la *Hepatitis B* (AsgHB), la prueba serológica para la sífilis (VDRL), y el tamizaje para el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) 63,3%, en el mismo ítem la ecografía obstétrica es la imagen diagnóstica que tiene mayor frecuencia de verificación 81,7 %. El ítem 5 explica que la educación dada al grupo familiar y la madre se enfoca primordialmente en la prevención y detección temprana de los trastornos hipertensivos 81,7 %. El ítem 6 identifica a la preeclampsia como la principal causa de morbilidad materna extrema 58,3 %. El ítem 7 se confirma que la enfermedad hipertensiva y la hemorragia obstétrica son las primeras condiciones patológicas generadoras de mortalidad materna 76,6 % y 73,3 %, respectivamente. Por último, en el ítem 8 se emite que el conocimiento de los

cuidados en torno al trabajo de parto y parto 46,7 % son esenciales en la preparación para la maternidad y la paternidad.

En el módulo B, el ítem 9 revela que el estado de salud de la mujer es la condición más comunicada por la enfermera al equipo de salud 45,0 %. El ítem 13 describe que las complicaciones más detectadas en las mujeres son las de origen biopsicosocial 46,7 %.

En el módulo C, el ítem 18 rastreó en igual proporción que la vigilancia epidemiológica llevada a cabo por la enfermera concierne a la notificación de nuevos casos de interés en salud pública y el integrar los comités de vigilancia epidemiología 16,7 %, respectivamente; mientras que el ítem 19, registra que las acciones de seguimiento buscan verificar la existencia de signos de alarma 31,7 % y reforzar la educación dada a la mujer gestante y en posparto 30,0 %.

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

Análisis inferencial

La prueba de χ^2 puede apreciarse en la [tabla 3](#) y la de r_s en la [tabla 4](#). Con respecto a la edad, el tiempo de egreso del pregrado y de experiencia en el área no se registraron relaciones estadísticamente significativas ($r_s > 0,05$) en torno a la frecuencia de ejecución de PPMM. Lo mismo ocurrió con la formación posgradual en el área o por fuera de ella.

DISCUSIÓN

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

Por otra parte, sobresale en otros estudios^{13,14} como el conocimiento actualizado es fundamental para el trabajo en equipo y la gestión del cuidado. Otros estudios estipulan que la formación especializada en enfermería acrecienta la calidad de la práctica disciplinar porque favorece la valoración integral de la mujer desde todas las perspectivas, con la finalidad de identificar los factores internos y externos que están presentes en la preconcepción, el parto o el posparto y que de no ser manejados correctamente podrían ser contraproducentes para la vida.^{13,15} Pese a lo positivo de estas afirmaciones, los datos analizados en esta muestra expresan la ausencia de una relación estadísticamente significativa entre este tipo de formación, e incluso en

el tiempo de experiencia en este campo con respecto a la frecuencia de ejecución de PPMM. Estos hallazgos también son contrarios a los suministrados por *Guerrero Pasijojoa et al*,¹⁶ en los que se menciona como el desarrollo de competencias y habilidades son fundamentales para sobresalir en el área.

Se suma a lo referido que los reportes de este estudio son coherentes con la evidencia empírica disponible en la disciplina⁷ en correspondencia con la importancia que representa la valoración de la dimensión física y psicosocial del estado de salud de la mujer. De forma conjunta, las enfermeras deben estar preparadas en el ejercicio de su labor ante circunstancias que puedan exponer el bienestar materno y perinatal, atributo que está presente en el tipo de capacitaciones y actualizaciones notificadas por las participantes, como es el manejo de las emergencias obstétricas.

Para este estudio, 81,9 % de la muestra se encontraba trabajando en el primer nivel de atención. Esto indica que la práctica de la enfermera gira en torno a la prevención de la enfermedad y promoción de la salud; de allí que desempeñe un rol decisivo en el cumplimiento de las metas orientadas al mantenimiento del bienestar de su sujeto de cuidado. Reportes similares están documentados por *Castañeda Guillot et al*,¹² quienes afirman que es en este nivel de complejidad donde con mayor representatividad las enfermeras incorporan prácticas de tipo individual y colectivo que potencializan la puesta en marcha de estilos de vida saludables;^{17, 18} en especial a los que competen con las transiciones de la salud sexual y reproductiva que tiene la mujer¹⁹ como son la sexarquía, el nacimiento del primer hijo, entre otros.

El acompañamiento que se lleva a cabo desde la enfermería a través de la trayectoria en la vida fértil de la mujer es innegable, pero para este escenario se observa que existe un vacío de tipo operativo más no en conocimiento y ocurre en el momento de la atención del parto, porque este procedimiento está delegado al personal médico. Sin embargo, la enfermera interviene directamente en el cuidado y detección temprana de complicaciones; en otros términos, se evidenció un desarrollo parcial de la totalidad de competencias profesionales que tienen las enfermeras que trabajan en sala de partos, esta afirmación está respaldada por estudios pertenecientes a contextos internacionales que han sido descritos por *Sharma et al*, en la India²⁰ y *Díaz García et al*, en México,²¹ quienes aseveran que este estado es debido a las características particulares de la regulación que tiene la profesión en estos países.

Sobre la realización de PPMM, 79,3 % reportó una ejecución de "siempre o frecuentemente", que puede obedecer a que el fenómeno de estudio trae consigo serias implicaciones personales, laborales y sociales, y precisa de la puesta en marcha de prácticas veraces que contrarresten la posibilidad de la ocurrencia de una muerte materna. Esta característica se ha reportado con anterioridad en otros estudios^{18,21,22} cuyas afirmaciones coinciden en resaltar como, desde el cuidado materno es posible disminuir y prevenir el mayor número de complicaciones posibles.

Una de las PPMM más notables es la otorgada a la prevención de la hemorragia posparto en las dos primeras horas posteriores al nacimiento, que es equivalente a la evidencia descrita a nivel mundial. En ella se alude a que esta situación corresponde a una de las primeras causas de muerte materna,¹ y es un evento en el cual la enfermera tiene importante participación, esto lo aprueban los estudios efectuados por la disciplina.^{22,23} Sobresale en este tipo de intervenciones la protección ofrecida a la mujer y al hijo no nato desde la relación de cuidado (enfermera-paciente).

Del total de la muestra, 76,7 % de la muestra expresó que nunca ha participado en proyectos o investigaciones relacionadas con el problema indagado. Consideramos importante decir que este comportamiento logra darse porque esta competencia no

es considerada esencial para proporcionar cuidado. Pese a esto, autores como *Varela Curto et al*,²⁴ manifiestan la calidad que representa la investigación en el sentido que, profundiza el nivel de conocimiento que se tenga sobre el sujeto de cuidado, e incluso acrecienta el reconocimiento social de la enfermería para contrarrestar este problema de salud pública. *Alda Orellana y Sanhueza A*,²⁵ han reportado en torno a esta realidad que el apoyo y la motivación institucional son cruciales para investigar. Vale la pena exponer al respecto que las respuestas abiertas no justificaron una postura detallada que explicará este rasgo, por lo cual valdría la pena profundizarlo en futuros estudios.

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

CONCLUSIONES

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

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

Conflicto de intereses

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

Agradecimientos

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

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS. Mortalidad materna, nota descriptiva [internet]. Suiza; 2016 [22 de octubre de 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>

2. OMS. Objetivos de Desarrollo Sostenible del Milenio. Objetivo 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades [internet]. Suiza; 2015. [22 de octubre de 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/sustainable-development-goals/targets/es/>
3. MINSALUD. Análisis de la Situación de Salud en Colombia (ASIS) [internet]. Bogotá; 2015 [20 de octubre de 2017]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-2015.pdf>
4. PROFAMILIA, MINSALUD. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. [internet]. Bogotá; 2016 [20 de octubre de 2017]. Disponible en: <http://profamilia.org.co/docs/Libro%20RESUMEN%20EJECUTIVO.pdf>
5. Secretaría Distrital de Salud. Sistema de Estadísticas Vitales (boletín preliminar) [internet]. Bogotá; 2017 [10 de octubre de 2017]. Disponible en: <http://www.saludcapital.gov.co/sitios/VigilanciaSaludPublica/Protocolos%20de%20Vigilancia%20en%20Salud%20Publica/Documento%20Preliminar%20Diagn%C3%B3stico%20Distrital%202010.pdf>
6. Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. Plan Territorial de Salud. [internet]. Bogotá; 2016-2020 [14 de agosto de 2017]. Disponible en: <http://www.sdp.gov.co/portal/page/portal/PortalSDP/PlanDistritalDesarrollo/>
7. Guarnizo-Tole M, Acosta Rico S, Bejarano Beltrán N, Bejarano Beltrán M, Castiblanco López N, Castañeda L, et al. Guía de cuidado de enfermería en control prenatal EBE. [internet]. Bogotá; 2015[12 de octubre de 2017]. Disponible en: <http://www.saludcapital.gov.co/DDS/Paginas/GuiasdeCuidadodeEnfermeria.aspx>
8. Cobo-Mejía E, Quino-Ávila A, Díaz-Vidal D, Chacón-Serna M. Validez de apariencia del Gross Motor Function Measure - 88. Revista Universidad y salud. 2014;16(1):47-59.
9. Tristán-López A. Modificación al Modelo de Lawshe para el dictamen cuantitativo de la validez de contenido de un instrumento objetivo. Avances en Medición. 2008;6:37-48.
10. MINSALUD. Resolución 008430. [internet]. Bogotá;1993[14 de octubre de 2017]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>
11. World Medical Association. Declaration of Helsinki, Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. JAMA. 2013;310(20):2191-4.
12. Castañeda Guillot C, Romero Viamonte K. La Atención Primaria de Salud y la Enfermería. Episteme. 2016;3(3):1-18.
13. Barco Díaz V, Ramírez Martínez M, Álvarez Figueredo Z. La superación continua de enfermería y su contribución al desempeño de excelencia. Revista Cubana de Enfermería [internet]. 2017[citado 14 Oct 2017];33(1):7. Disponible en: <http://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1095/234>
14. Martínez Trujillo N, Torres Esperón E. La interdisciplinariedad en enfermería y sus oportunidades de aplicación en Cuba. Revista Cubana de Enfermería. [internet]

2014[citado 14 Oct 2017];40(1):85-95. Disponible en:
<http://www.scielosp.org/pdf/rcsp/v40n1/spu10114.pdf>

15. Moreno Mojica C, Rincón Villa Mil T, Arenas Cárdenas Y, Sierra Medina D, Cano Quintero A, Cárdenas Pinzón D. La mujer en posparto: Un fenómeno de interés e intervención para la disciplina de enfermería. *Revista Cuidarte*. 2014;5(2):739-47.

16. Guerrero Pasijojoa V, López Vallejo A, Mavisoy Fajardo S, Rodríguez Zambrano K, Rosero Pantoja C, Acosta M. Desempeño del profesional de Enfermería en el área asistencial en una Institución de salud de la ciudad de Pasto - Nariño 2009 - 2010. *UNIMAR*. 2010;28(3):45-50.

17. Alarcón-Cerón M. Modelo integrador de enfermería: una estrategia para la Atención Primaria a la Salud. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 2013;21(1):35-40.

18. Bloch JR, Zupan S, McKeever AE, Barkin JL. Perinatal nurse home visiting referral patterns among women with diabetes and hypertension in Philadelphia. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2016;46(1):29-39.

19. González-Sanz J, Barquero González A, Sánchez Martín M, Hidalgo Hidalgo M, León López R. Satisfacción de gestantes y acompañantes en relación con el Programa de Educación Maternal en Atención Primaria. *Matronas Profesión*. 2017;18(1):27-33.

20. Sharma B, Johansson E, Prakasamma M, Mavalankar D, Christensson K. Midwifery scope of practice among staff nurses: A grounded theory study in Gujarat, India. *Midwifery*. 2013;29(6):628-36.

21. Díaz García S, Zavala Suárez E, Ramírez Hernández C. Evaluación de las competencias en enfermería como reflejo de calidad y seguridad en la mujer embarazada. *CONAMED*. 2013;18(3):104-10.

22. Álvarez-Franco C. Cómo describen el cuidado de enfermería las mujeres que presentaron hemorragia postparto. *Aquichan*. 2013;13(1):17-26.

23. Kerr NL, Hauswald M, Tamrakar SR, Wachter DA, Baty GM. An inexpensive device to treat postpartum hemorrhage: a preliminary proof of concept study of health provider opinion and training in Nepal. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2014;14:81.

24. Varela Cuto M, Sanjurjo Gómez M, Blanco García F. La investigación en enfermería. *Rol de Enfermería*. 2012;(121):19-21.

25. Alda Orellana Y, Sanhueza AO. Competencia en investigación en enfermería. *Ciencia y enfermería*. 2011;17(2):9-17.

Recibido 21 marzo de 2018.

Aprobado: 20 abril 2018.

Mildred Guarnizo-Tole. Facultad de Ciencias de la Salud y del Deporte, Universidad de Zaragoza. Zaragoza, España.
Correo electrónico: mildredgt@gmail.com