

PROTOCOLOS PARA LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LA MUJER

PRINCIPIOS Y CONSIDERACIONES GENERALES

CUIDADO DE LA MUJER EN EDAD FÉRTIL

CUIDADO DE LA MUJER GESTANTE

CUIDADO DE LA MUJER EN TRABAJO DE PARTO, PARTO Y PUERPERIO



PROTOCOLOS PARA LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LA MUJER

PRINCIPIOS Y CONSIDERACIONES GENERALES

CUIDADO DE LA MUJER EN EDAD FÉRTIL

CUIDADO DE LA MUJER GESTANTE

CUIDADO DE LA MUJER EN TRABAJO DE PARTO, PARTO Y PUERPERIO

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

ALEJANDRO GAVIRIA URIBE

Ministro de Salud y Protección Social

FERNANDO RUIZ GÓMEZ

Viceministro de Salud pública
y prestación de servicios

GERARDO BURGOS BERNAL

Secretario general

ELKIN OSORIO SALDARRIAGA

Director de Promoción y Prevención

RICARDO LUQUE NÚÑEZ

Asesor de la Dirección de Promoción y Prevención

LORENZA OSPINO RODRÍGUEZ

Consultora en salud materna

FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS - UNFPA

TANIA PATRIOTA

Representante en Colombia

LUCY WARTENBERG

Representante auxiliar

MARY LUZ MEJÍA GÓMEZ

Asesora en salud sexual y reproductiva

EQUIPO TÉCNICO

CONVENIO DE COOPERACIÓN 036 DE 2012 MSPS/UNFPA

RICARDO LUQUE NÚÑEZ

Asesor Dirección de Promoción y Prevención
Ministerio de Salud y Protección Social

MARY LUZ MEJÍA GÓMEZ

Asesora en salud sexual y reproductiva, UNFPA

LORENZA OSPINO RODRÍGUEZ

Consultora salud materna
Ministerio de Salud y Protección Social

ELSA VICTORIA HENAO LONDOÑO

Consultora de la línea de salud materna,
Convenio 036

COMITÉ EDITORIAL

CONVENIO DE COOPERACIÓN 036 DE 2012 MSPS/UNFPA

MARY LUZ MEJÍA GÓMEZ

Asesora en salud sexual y reproductiva, UNFPA

ELSA VICTORIA HENAO LONDOÑO

Consultora de la línea de salud materna,
Convenio 036

LUZ YAMILETH ORTIZ RAMÍREZ

Consultora de gestión del conocimiento,
monitoreo y evaluación, Convenio 036

GEMA GRANADOS HIDALGO

Asesora de comunicaciones, UNFPA

ANGÉLICA OLIS DEVIA

Asistente administrativa, Convenio 036

ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE FACULTADES DE ENFERMERÍA - ACOFAEN

MYRIAM DURÁN PARRA

Presidenta de ACOFAEN (2012 – 2014)

MARÍA DEL CARMEN GUTIÉRREZ AGUDELO

Directora Ejecutiva

Equipo técnico del proyecto

MARÍA IRAIDIS SOTO SOTO

MARTHA LUCÍA VÁSQUEZ TRUISI

MARÍA ELENA MEJÍA ROJAS

ENRIQUE HERRERA CASTAÑEDA

Equipo constructor

CARMEN HELENA RUÍZ DE CÁRDENAS

LUCY MUÑOZ DE RODRÍGUEZ

VÍCTOR HUGO QUINTERO BAUTISTA

LUZ ÁNGELA ARGOTE OVIEDO

ALCIRA ESCOBAR MARÍN

MARÍA EUGENIA VILLAQUIRÁN DE GONZÁLEZ

Equipo revisor

MAURICIO TORRES VALDIVIESO

LUZMILA HERNÁNDEZ SAMPAYO

DORIS RODRÍGUEZ LEAL

LYDIA ESPERANZA MIRANDA GÁMEZ

MARTHA PATRICIA BEJARANO BELTRÁN

SANDRA PATRICIA ORTÍZ RODRÍGUEZ

REVISIÓN TÉCNICA Y COMPLEMENTACIÓN

MARY LUZ MEJÍA GÓMEZ

Asesora en salud sexual y reproductiva, UNFPA

LORENZA OSPINO RODRÍGUEZ

Consultora salud materna,

Ministerio de Salud y Protección Social

ELSA VICTORIA HENAO LONDOÑO

Consultora de la línea de salud materna,

Convenio 036

ISBN: 978-958-8735-68-9

“Protocolos para la atención de enfermería a la salud sexual y reproductiva de la mujer. Principios y consideraciones generales; Cuidado de la mujer en edad fértil; Cuidado de la mujer gestante; Cuidado de la mujer en trabajo de parto, parto y puerperio”.

© Ministerio de Salud y Protección Social

© Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)

Corrección de estilo:

Marta Inés Valdivieso Camacho

Olga Lucía Riaño

Sarah Nieto

Diseño y diagramación:

Fabio Rodríguez

Impresión:

2014

Bogotá D.C.

Queda prohibida la reproducción parcial o total de este documento por cualquier medio escrito o virtual, sin previa autorización del Ministerio de Salud y Protección Social.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES DE LOS AUTORES/REVISORES

Por conflicto de interés se entiende aquella situación en la que alguna de las actuaciones que se señala en los protocolos puede verse influenciada por algún tipo de relación entre los autores y alguna institución.

Para el caso de la elaboración de los presentes protocolos, los autores y revisores declaran no tener conflictos de intereses por aspectos relacionados con beneficios financieros, en especie, de prestigio o de promoción personal o profesional.

CONTENIDO

PRINCIPIOS Y CONSIDERACIONES GENERALES

PRESENTACIÓN	15
INTRODUCCIÓN	17
1. MARCO CONCEPTUAL	21
2. MARCO DE DERECHOS	45
3. MARCO LEGAL Y JURÍDICO DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN COLOMBIA	51
4. MARCO DE CUIDADO - ASPECTOS CONCEPTUALES EN ENFERMERÍA PARA EL CUIDADO DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LAS MUJERES DURANTE LA EDAD FÉRTIL, LA GESTACIÓN, EL PARTO Y EL POSTPARTO	59
5. METODOLOGÍA	67
GLOSARIO DE TÉRMINOS	73
BIBLIOGRAFÍA	79

CUIDADO DE LA MUJER EN EDAD FÉRTIL

INTRODUCCIÓN	99
1. JUSTIFICACIÓN	101
2. OBJETIVOS	105
3. METODOLOGÍA	107
4. CUIDADO DE ENFERMERÍA A LA MUJER EN LA CONSEJERÍA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	111
5. CUIDADO DE ENFERMERÍA PARA LA MUJER CON INTENCIÓN REPRODUCTIVA (CUIDADO Y ATENCIÓN PRECONCEPCIONAL)	121
6. CUIDADO DE ENFERMERÍA PARA LA MUJER SIN INTENCIÓN REPRODUCTIVA Y QUE REQUIERE SERVICIOS DE ANTICONCEPCIÓN	135
7. CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA LA MUJER EN EDAD REPRODUCTIVA, ENCAMINADOS A LA PREVENCIÓN, DETECCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS)	143
8. CUIDADO DE ENFERMERÍA PARA LA MUJER EN EDAD REPRODUCTIVA ENCAMINADO AL CONTROL DE RIESGO, PREVENCIÓN, DETECCIÓN TEMPRANA Y VIGILANCIA DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO Y DE MAMA	149
9. INDICADORES DE USO DEL PROTOCOLO	157
BIBLIOGRAFÍA	163

CUIDADO DE LA MUJER GESTANTE

INTRODUCCIÓN	175
1. JUSTIFICACIÓN	179
2. OBJETIVOS	183
3. METODOLOGÍA	185
4. CUIDADO DE LA MUJER GESTANTE DURANTE EL CONTROL PRENATAL	191
5. EDUCACIÓN PARA LA MATERNIDAD Y LA PATERNIDAD	211
6. INDICADORES DE USO	217
BIBLIOGRAFÍA	221

CUIDADO DE LA MUJER EN TRABAJO DE PARTO, PARTO Y PUERPERIO

INTRODUCCIÓN	235
1. JUSTIFICACIÓN	239
2. OBJETIVOS	243
3. METODOLOGÍA	245
4. CUIDADO DE LA SALUD DE LA MUJER GESTANTE DURANTE LA ADMISIÓN EN LA SALA DE TRABAJO DE PARTO	251
5. CUIDADO DE LA SALUD DE LA MUJER GESTANTE ADMITIDA EN PROCESO DE TRABAJO DE PARTO	273
6. CUIDADO DE LA MUJER GESTANTE DURANTE EL PROCESO DEL NACIMIENTO	281
7. CUIDADO DE LA SALUD DE LA MUJER Y SU RECIÉN NACIDO DURANTE EL PUERPERIO	295
8. INDICADORES DE USO	303
BIBLIOGRAFÍA	309

PROTOCOLOS PARA LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LA MUJER

PRINCIPIOS Y CONSIDERACIONES GENERALES

CONTENIDO

PRESENTACIÓN	15
INTRODUCCIÓN	17
1. MARCO CONCEPTUAL	21
1.1. ROL DE LA ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	22
1.2. ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD	24
1.3. DETERMINANTES SOCIALES	28
1.4. MARCO EPIDEMIOLÓGICO	29
1.4.1. Fecundidad	30
1.4.2. Mortalidad Materna	31
1.4.3. Embarazo adolescente	32
1.4.4. Infecciones de transmisión sexual	33
1.4.5. Virus de Inmunodeficiencia Humana y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida - VIH/SIDA	34
1.4.6. Cáncer de cuello uterino	35
1.4.7. Cáncer de mama	36
1.4.8. Violencia basada en género	36
1.4.9. Acceso a servicios de salud	38
1.5. CONDICIONES ASOCIADAS AL RIESGO Y AL DAÑO EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	40
1.5.1. Violencia de género	40
1.5.2. Relaciones sexuales durante la adolescencia	40
1.5.3. Embarazo no planeado o no deseado	40
1.5.4. Aborto inducido	41
1.5.5. Embarazo en adolescentes	41
1.5.6. Anemia	42

1.5.7. Diabetes	43
1.5.8. Depresión	43
1.5.9. Infección genital	44
2. MARCO DE DERECHOS	45
2.1. DERECHOS HUMANOS	46
2.2. DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS	47
3. MARCO LEGAL Y JURÍDICO DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN COLOMBIA	51
3.1. LEY 100 DE 1993	53
3.2. LEY 266 DE 1996	53
3.3. DECRETO 1543 DE 1997	53
3.4. RESOLUCIÓN 412 DE 2000	53
3.5. POLÍTICA NACIONAL DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA 2002 – 2006	53
3.6. LEY 911 DE 2004	54
3.7. POLÍTICA NACIONAL DE JUVENTUD 2005-2015	54
3.8. CONPES SOCIAL 91 DE 2005	54
3.9. LEY 1098 DE 2006 - CÓDIGO DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA	54
3.10. RESOLUCIÓN 3442 DE 2006	55
3.11. SENTENCIA C355 DE 2006 DE LA CORTE CONSTITUCIONAL	55
3.12. LEY 1122 DE 2007	55
3.13. LEY 1146 DE 2007	55
3.14. LEY 1257 DE 2008	55
3.15. RESOLUCIÓN 00769 DE 2008	56
3.16. RESOLUCIÓN 1973 DE 2008	56
3.17. DECRETO 2968 DE 2010	56
3.18. DIRECTIVA MINISTERIAL 11 DEL 2010 DEL MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL	56
3.19. PLAN DE DESARROLLO 2010-2014	56
3.20. CONPES 140 DE 2011	56

3.21.	RESOLUCIÓN 1983 DE 2011 DEL CONSEJO DE SEGURIDAD DE LAS NACIONES UNIDAS	57
3.22.	LEY 1438 DE 2011	57
3.23.	DOCUMENTO CONPES 147 DE 2012	57
3.24.	RESOLUCIÓN 00459 DE 2012	57
3.25.	PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA 2012-2021: LA SALUD EN COLOMBIA LA CONSTRUYES TÚ	57
3.26.	GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA -2013. PARA LA PREVENCIÓN, DETECCIÓN TEMPRANA Y TRATAMIENTO DE LAS COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, PARTO O PUERPERIO	58
3.27.	RESOLUCIÓN 5521 DE 2013	58
4.	MARCO DE CUIDADO - ASPECTOS CONCEPTUALES EN ENFERMERÍA PARA EL CUIDADO DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LAS MUJERES DURANTE LA EDAD FÉRTIL, LA GESTACIÓN, EL PARTO Y EL POSTPARTO	59
4.1.	TEORÍA DE KRISTEN SWANSON	60
4.2.	TEORÍA DE LA UNIVERSALIDAD Y DIVERSIDAD DEL CUIDADO DE MADELEINE LEININGER	62
5.	METODOLOGÍA	67
5.1.	PROTOCOLO DE BÚSQUEDA	68
5.2.	METODOLOGÍA DE LA BÚSQUEDA	68
5.3.	BASES DE DATOS	69
5.4.	PERÍODO DE BÚSQUEDA	69
5.5.	PALABRAS CLAVE/DESCRIPTORES	70
5.6.	CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.	70
5.7.	ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA	70
5.8.	RESULTADOS	71
5.9.	NIVELES DE EVIDENCIA Y GRADOS DE RECOMENDACIÓN	71
5.10.	USUARIOS	72
5.11.	POBLACIÓN DIANA	72
	GLOSARIO DE TÉRMINOS	73
	BIBLIOGRAFÍA	79

PRESENTACIÓN

El cuidado y la atención integral de las mujeres en su sexualidad y en las diferentes etapas de su ciclo reproductivo es una obligación de la sociedad, que contribuye a elevar el desarrollo social y humano de las actuales y futuras generaciones. Así mismo, en el marco de los derechos humanos y derechos sexuales y reproductivos, es un imperativo que las mujeres puedan tomar decisiones sobre su vida sexual y su reproducción de tal manera “que cada embarazo sea deseado, cada parto sea sin riesgos y cada persona joven alcance su pleno desarrollo”¹. Pero esta visión solo será posible en la medida en que se garantice un acceso y atención oportuna, calificada y pertinente que responda efectivamente a sus necesidades.

En los últimos años, las(os) profesionales de enfermería han limitado su ejercicio en Salud Sexual y Reproductiva (SSR), en salud materna y perinatal, y se han concentrado en otros espacios de la práctica clínica, social o empresarial en donde son reconocidos por su alto nivel profesional. Sin embargo, por la formación y la experiencia, son el recurso profesional idóneo para liderar el cuidado integral de las mujeres en de la atención primaria y para coordinar con el resto del equipo de salud las acciones necesarias para garantizar la atención especializada y de mayor complejidad cuando la condición de la mujer lo amerite, en el proceso de articulación de redes en salud. De igual manera, son profesionales idóneos para armonizar con diversas concepciones y prácticas, según las cuales, las comunidades viven e interpretan su cuidado en salud.

El trabajo que se presenta en esta publicación da un paso adelante hacia la recuperación de los profesionales de enfermería para la atención en SSR y salud materna: desarrolla una serie de instrumentos técnicos basados en el conocimiento científico y la tecnología

¹ Misión del Fondo de Población de las Naciones Unidas. www.unfpa.org.co

disponibles, y en las teorías del cuidado propias de la profesión, para cualificar y orientar el trabajo de las(os) enfermeras(os) en los eventos de bajo riesgo, y la detección precoz y manejo oportuno de riesgos. Además, desde la gestión, hace un aporte para mejorar la distribución de los recursos disponibles y el acceso a ellos.

Esta publicación consta de cuatro partes:

- Un **Marco Conceptual y Metodológico** que presenta el soporte técnico, científico, social, normativo y profesional para la actuación de enfermería en el campo de la salud sexual y reproductiva.
- Un **Protocolo de Enfermería para el cuidado de la salud sexual y reproductiva de la mujer en edad fértil**, que incluye el manejo integral de la consejería preconcepcional, la anticoncepción y planificación familiar, la prevención, detección y manejo inicial de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y del cáncer del sistema reproductor.
- Un **Protocolo de Enfermería para el cuidado de la salud de la mujer gestante**, que plantea los requerimientos de cuidado de la mujer en el control prenatal a lo largo de la gestación y la educación pertinente como preparación para la maternidad y la paternidad, incluyendo el autocuidado en las etapas prenatal, de parto y puerperio, para la lactancia materna y para el cuidado del recién nacido.
- Un **Protocolo de Enfermería para el cuidado de la salud de la mujer gestante de bajo riesgo durante el trabajo de parto, el parto y el puerperio**, que se centra en el proceso de atención del evento obstétrico en sus diferentes etapas.

Estos instrumentos deben ceñirse, de manera dinámica, con todos los lineamientos e instrumentos técnicos que expida el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS). De igual manera, están sujetos a los ajustes que se deriven de sus procesos de validación operativa, los cuales consultarán su pertinencia y aplicabilidad con las(os) enfermeras(os) de servicio.

Estos protocolos han sido desarrollados por la Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería (ACOFAEN), con 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).

INTRODUCCIÓN

Los protocolos de enfermería para el cuidado de la mujer durante la etapa fértil, la gestación, el parto y el postparto, se deben entender como instrumentos estandarizados con criterios de evaluación para mejorar la calidad del cuidado de las mujeres en estas etapas de vida. Estos instrumentos permiten desarrollar intervenciones efectivas, basadas en la evidencia científica, desalentando de esta manera, la utilización de otras intervenciones de efectividad no probada.

Una de las razones para la existencia de estos protocolos, es la de contar con instrumentos que permitan transformar el rol de la enfermería profesional en el contexto del sector salud colombiano y garantizar una ampliación de la cobertura de servicios para las mujeres en edad fértil y en los procesos de su vida reproductiva, con alta calidad de la atención y como contribución al logro de los objetivos de desarrollo del milenio y el mejoramiento de las condiciones de vida de la población colombiana.

Otro objetivo es el de valorar la calidad del cuidado que se ofrece a este grupo de población. En este sentido, la práctica del cuidado a las personas es variable, tanto en la utilización de los recursos de salud como en los resultados obtenidos, atribuibles a las diferencias en la oferta de servicios y a la disparidad en la prestación de los mismos.

Como es conocido, durante las últimas dos décadas ha existido un gran interés a nivel mundial por visibilizar las condiciones de salud de la mujer y los riesgos que enfrenta durante su etapa fértil y procreativa. De igual manera, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha hecho un llamado para fortalecer el rol de profesionales de Enfermería. Uno de ellos es cuando, en 2011, la Junta Ejecutiva de la Asamblea Mundial de la Salud aprobó nuevas resoluciones sobre

el fortalecimiento de la acción de enfermería, de la partería profesionales (EB128.R11) y el del personal de salud en general (EB128.R9) (UNFPA, 2011); además hubo siete resoluciones que exhortaron al fortalecimiento de las profesiones de enfermería y partería como parte de estrategias integrales de recursos humanos.

Entre otros documentos que respaldan el desarrollo de estos conceptos, se encuentran: la Tercera Conferencia Internacional sobre Población y el Desarrollo –CIPD, El Cairo (ONU, 1994); la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer (CCMM) Beijing (ONU, 1995) y, los compromisos ratificados en el Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo – Uruguay 2013 que, de igual manera, ratifican la CIPD, 1994.

En estos espacios se sustenta el Acuerdo de los ODM 2000, el cual estableció como Objetivo 5, la reducción de la mortalidad materna en la meta: a) en tres cuartas partes de su nivel, para el año 2015 y la consiguiente reducción de las disparidades en dicha tasa entre países, regiones geográficas, grupos socioeconómicos y étnicos. Así mismo, se propuso en el 2005, agregar la meta; b) como el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva que incluyen la reducción del embarazo en adolescentes, la planificación familiar, la atención prenatal, el parto sin riesgos y atención post-parto, la prevención y atención del aborto, la prevención y el tratamiento de infecciones de transmisión sexual y la prevención del cáncer de cuello uterino. Igualmente se dieron directrices para promover la educación y la asesoría sobre la sexualidad humana, la salud reproductiva y la paternidad responsable, entre otros. Además de lo anterior, los pactos y acuerdos internacionales, como la Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de Salud de Río de Janeiro 2011 (OMS, 2011) y la Declaración de Adelaida sobre Salud en todas las Políticas (OMS, 2010), dan directrices para el cuidado de la salud de la mujer.

En América Latina y el Caribe, la 26ª Conferencia Sanitaria Panamericana (OPS y OMS, 2002), adoptó una meta a mediano plazo para reducir la mortalidad materna a menos de 100 defunciones por 100.000 nacidos vivos y aprobó la nueva estrategia para la reducción de la mortalidad y la morbilidad maternas, en la que se pide que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ayude a los estados miembros a reforzar sus sistemas de información y vigilancia sobre el progreso de la reducción de la morbilidad y la mortalidad maternas, como estipula la Declaración de la Cumbre del Milenio (OMS, 2010).

Para Colombia, el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 (MSPS, 2013), plantea la reducción de la inequidad en salud y la garantía del derecho a la salud, lo cual contribuirá al mejoramiento de las

condiciones de vida de los ciudadanos. De igual manera, los protocolos clarifican los aspectos básicos y generales para el ejercicio profesional de la enfermería, en el reconocimiento de los derechos humanos, sexuales y reproductivos, el marco legal y normativo de la SSR en el país, la evidencia científica disponible y el enfoque garantista de derechos de la Constitución colombiana.

Los protocolos de cuidado a la salud de la mujer durante la etapa fértil, el embarazo, el parto y el postparto se respaldan en la III CPID –El Cairo 1994, (capítulo 7, párrafo 7.2), que define la SSR como:

[...] un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuando y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y de planificación de la familia de su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan embarazos y partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos. En consonancia con esta definición de salud reproductiva, la atención de la salud reproductiva se define como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivo al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva. Incluye también la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual (ONU, 1994).

En la misma declaración (capítulo 7 párrafo 7.3), precisa la relación y alcance de los derechos sexuales y reproductivos a partir de esta definición, estableciendo que:

[...] los derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en las leyes nacionales, en los documentos internacionales sobre derechos humanos y en otros documentos pertinentes de las Naciones Unidas aprobados por consenso. Esos derechos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e

individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre estos y a disponer de la información y de los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de SSR. También incluye su derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos. En ejercicio de este derecho, las parejas y los individuos deben tener en cuenta las necesidades de sus hijos nacidos y futuros y sus obligaciones con la comunidad. La promoción del ejercicio responsable de esos derechos de todos debe ser la base primordial de las políticas y programas estatales y comunitarios en la esfera de la salud reproductiva, incluida la planificación de la familia. Como parte de este compromiso, se debe prestar plena atención a la promoción de relaciones de respeto mutuo e igualdad entre hombres y mujeres, y particularmente a las necesidades de los adolescentes en materia de enseñanza y de servicios con objeto de que puedan asumir su sexualidad de modo positivo y responsable. La salud reproductiva está fuera del alcance de muchas personas de todo el mundo a causa de factores como: los conocimientos insuficientes sobre la sexualidad humana y la información y los servicios insuficientes o de mala calidad en materia de salud reproductiva; la prevalencia de comportamientos sexuales de alto riesgo; las prácticas sociales discriminatorias; las actitudes negativas hacia las mujeres y las niñas; y el limitado poder de decisión que tienen muchas mujeres respecto de su vida sexual y reproductiva. En la mayoría de los países, los adolescentes son particularmente vulnerables a causa de su falta de información y de acceso a los servicios pertinentes. Las mujeres y los hombres de más edad tienen problemas especiales en materia de salud reproductiva, que no suelen encararse de manera adecuada (ONU, 1994).

Estos protocolos asumen un abordaje desde la evidencia científica, la Atención Primaria en Salud, los Derechos Sexuales y Reproductivos, el enfoque de género y el enfoque diferencial, los principios de la equidad y los determinantes sociales. Por su parte, el Modelo de Cuidado Cultural y la Teoría de Cuidado de Mediano Rango de Madeleine Leininger (1978, 1991, 1995, 2002), y Kristen Swanson (1991, 1993) se acogen para brindar un marco en el quehacer profesional de enfermería.



1

MARCO CONCEPTUAL

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.

El informe “El estado de las parteras en el mundo 2011: Cuidar la Salud, Salvar Vidas” (UNFPA, 2011), fue coordinado por el UNFPA, en respuesta al “Llamamiento Mundial a la Acción” emitido en el Simposio sobre Fortalecimiento de la Partería realizado en junio de 2010 durante la conferencia, “Las Mujeres dan Vida”, en Washington D. C.; y en apoyo a la Estrategia Mundial para la Salud de las Mujeres y los Niños. Este informe propone un conjunto de conocimientos para dar respuesta a la necesidad y acelerar la disponibilidad de servicios de calidad de partería en beneficio de las mujeres y los recién nacidos. Señala, además, que en la mayoría de los países no existe una cantidad suficiente de parteras plenamente calificadas, ni otro personal con competencias de partería que pueda encargarse de la cantidad estimada de embarazos, la cantidad correlativa de alumbramientos de bajo riesgo y el 15 % de los partos que, por lo general, tienen complicaciones obstétricas.

Según estimaciones de la OMS, 38 países presentan un déficit severo. Estas estimaciones establecen,

en primer lugar, la insuficiencia de parteras a nivel mundial y establece que algunos países necesitarán multiplicar por más de diez la cantidad de parteras y la mayoría deberá duplicar, triplicar o bien cuadruplicar este personal, a fin de mejorar la calidad y la cobertura de los servicios. En segundo lugar, estiman que hay baja cobertura de atención obstétrica y neonatal de urgencia y, a menudo, los establecimientos de salud existentes tienen insuficiencia de personal y equipamientos deficientes; esta situación es más grave en las comunidades rurales y/o remotas. En tercer lugar, establece que no se abordan los problemas de acceso a los servicios desde la perspectiva de la mujer.

El informe también indica que las políticas nacionales relativas a los servicios de salud materna y neonatal, muy a menudo, no tienen en cuenta la importancia fundamental del personal de partería, ni la apremiante necesidad de mejorar la calidad de la atención, respetando los derechos de las pacientes.

En Colombia no existe el nivel de formación profesional en partería y se denominan así las parteras tradicionales, generalmente líderes comunitarias que ejercen gran influencia en las prácticas de salud y su conocimiento es producto de un saber que involucra la tradición oral, el aprendizaje empírico y la práctica (Laza y Ruíz, 2010).

No obstante, sí existen profesionales de enfermería que pueden cubrir estas necesidades de cuidado gracias a una serie de características muy propias de la disciplina: su formación académica, profesional, disciplinar y técnica en sus estudios de pregrado en el área materno-infantil; su formación fundamentada en el cuidado humano, que se evidencia por el compromiso y responsabilidad frente a la conservación de la salud y la vida; el ejercicio de su profesión que pone a disposición del sector y la población sus capacidades y comportamientos éticos; la capacidad de establecer relaciones respetuosas y empáticas con la mujer y la gestante; su capacidad para prestar y motivar el cuidado y el autocuidado en la población que atiende.

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, que buscan acrecentar la cultura de la prevención y, por esa vía, disminuir los problemas potenciales que pueden presentarse en la mujer durante este proceso. 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 los temas de anticoncepción y planificación de la familia, orientación en aspectos preconceptionales, prevención de ITS y VIH/SIDA, la educación para la prevención y detección precoz del cáncer de cuello uterino y el cáncer de mama, y la detección y manejo inicial de los casos de violencia contra la mujer; de igual manera, es un agente de salud excepcional para la educación de adolescentes y jóvenes en temas de SSR y, especialmente, en la prevención del emba-

razo adolescente, entre otros. Con la mujer gestante, es fundamental la atención primaria y el fomento del autocuidado, el seguimiento del curso de la gestación, la preparación para el parto y para el cuidado del recién nacido. Por último, puede desempeñarse de manera autónoma, en la atención del trabajo de parto, parto y puerperio de bajo riesgo y el acompañamiento en los casos de riesgo o emergencia obstétrica.

Además de la formación en pregrado, diferentes universidades colombianas ofrecen progra-

mas de formación de postgrado (especializaciones y maestrías) en áreas materno-perinatales y neonatales, que cuentan con un número importante de graduados con capacidad para asumir estos retos, específicamente, la atención de la mujer embarazada de bajo riesgo durante todo el proceso de gestación y el parto, incluyendo el expulsivo; actividad que actualmente se realiza cuando los servicios de salud están con altas demandas o no se cuenta con personal médico disponible, y que se

**...existen profesionales
de enfermería que pueden
cubrir estas necesidades de
cuidado gracias a una serie de
características muy propias
de la disciplina: su formación
académica, profesional,
disciplinar y técnica.**

realizó sin limitaciones normativas hasta hace 12 años. Existen aún profesionales entrenados y capacitados para la prestación directa del cuidado, la docencia, la investigación y la gerencia en ésta área de interés.

La OMS reconoce, por ejemplo, que la reducción eficaz y sostenible de la mortalidad de las mujeres y los recién nacidos, exige la presencia de personal de salud con una amplia gama de competencias en partería, el cual puede tener formación tecnológica de 3 años o formación de 18 meses, cuando se trata de profesionales que se especializan a nivel de posgrado, estas estrategias de formación han sido difundidas en países de América Latina (OPS, 2010).

La reducción en la mortalidad materna se debe en parte al desarrollo de estrategias de promoción, prevención y tratamiento con un gran componente educativo informativo dirigido a la gestante, su familia, el entorno y los profesionales de la salud. Dentro de estas estrategias están: la vigilancia, identificación y clasificación de los factores de riesgo en las mujeres gestantes en trabajo de parto y posparto, la remisión oportuna de las mismas a los servicios de salud, la ejecución de acciones orientadas a eliminar las barreras de acceso a los servicios de salud, en especial a la población de adolescentes a través de programas especiales para jóvenes, y el incremento de la vinculación temprana y oportuna de la mujer en el primer trimestre de la gestación, al control prenatal.

Entre las estrategias efectivas para reducir la mortalidad materna formuladas por la Organización

Panamericana de la Salud están:

- Desarrollo y aplicación de políticas públicas apropiadas y sostenibles y de mecanismos de protección social.
- Fortalecimiento de los sistemas de salud para asegurar el acceso a cuidados obstétricos esenciales efectivos, incluyendo atención calificada del parto y del recién nacido: recurso humano calificado y entorno habilitante, incluyendo transporte y comunicación efectiva.
- Fortalecimiento de la salud comunitaria, en los distintos ámbitos culturales, y promoción de la atención primaria de salud.
- Empoderamiento a las mujeres, sus familias y sus comunidades para una vida saludable y toma de decisiones oportunas en el uso de servicios de salud.
- Establecimiento de asociaciones y esfuerzos conjuntos a nivel nacional e internacional, con base en un principio de solidaridad panamericana.
- Reforzamiento de los sistemas de información y vigilancia epidemiológica de las muertes maternas y neonatales.

Las estrategias antes indicadas, se encuentran enmarcadas en el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) en su Meta 5: “Reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes y lograr, para el año 2015, el acceso universal a la salud reproductiva” (ONU, 2000).

1.2

ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

La Atención Primaria en Salud (APS) promulgada por la Declaración de Alma Ata en 1978 (OMS, 1978) como estrategia para alcanzar salud para todos, hizo énfasis en una serie de valores, principios y conceptos metodológicos que constituyen un enfoque amplio de la salud, una racionalidad de la política de salud, y una serie de instrumentos eficaces para promover la creación e implementación de sistemas de salud de cobertura y acceso universal, organizando la operación de

servicios de atención en salud integrales y centrados en la persona, la familia y la población (OPS y OMS, 2007; OMS, 2008 y 1978).

En la Declaración de Alma-Ata de 1978 la APS fue definida como: “El cuidado sanitario esencial basado en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de auto-responsabilidad y auto-determinación” (OMS, 1978). Igualmente, la Declaración señaló que la Atención Primaria (AP), forma parte integrante tanto del Sistema Nacional de Salud (SNS), como del desarrollo social y económico de la comunidad; representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema de salud, llevando la atención de salud lo más cercano del lugar de residencia y trabajo de la población.

A pesar de que han pasado más de tres décadas desde la promulgación de la Atención Primaria en Salud en Alma Ata en 1978, en los últimos años se ha generado una nueva proclama de parte de organismos internacionales sobre la relevancia, vigencia e importancia de la APS como un componente de las políticas de salud y una estrategia para alcanzar el derecho y la equidad en salud. Sus principios y recomendaciones fueron revisados dando como resultado el reconocimiento de que “la APS es una estrategia efectiva para promover el desarrollo humano y la equidad en salud” y que “el objetivo final de la renovación de la APS es alcanzar, de forma sostenible, un buen estado de salud para todos y todas” (Macinko y otros, 2007).

En septiembre de 2005, el Consejo Directivo de la OPS aprobó la Declaración de Montevideo mediante la cual todos los gobiernos de las Américas se comprometen a renovar la APS y convertirla en la base de los sistemas de salud de la región (Macinko y otros, 2007). En ese mismo marco, la OMS y la OPS, definieron los sistemas de salud basados en la Atención Primaria, con un enfoque amplio para la organización y operación de sistemas de salud, que hacen del derecho al logro del nivel de salud más alto posible, su principal objetivo, al tiempo que maximizan la equidad y la solidaridad.

De acuerdo con los lineamientos de la OPS (2007), un sistema de salud basado en AP requiere un sólido marco legal, institucional y organizativo; además, recursos humanos, económicos y tecnológicos adecuados y sostenibles. Emplea prácticas óptimas de organización y gestión en todos los niveles del sistema para lograr calidad, eficiencia y efectividad, y desarrolla mecanismos activos con el fin de maximizar la participación individual y colectiva en materia de salud.

La salud es un derecho humano de todos los pueblos cuya realización exige la intervención de los sectores sociales y económicos, además del sector salud. En ese orden de ideas, la salud sexual y reproductiva está determinada por las características socioeconómicas, políticas y culturales, y no solo por las biológicas. Los profesionales de la salud deben actuar teniendo en cuenta el contexto sociocultural de las personas y de la población y coadyuvar a la transformación de los determinantes sociales y ambientales de las inequidades en salud.

Los profesionales de la salud deben actuar teniendo en cuenta el contexto sociocultural de las personas y de la población y coadyuvar a la transformación de los determinantes sociales y ambientales de las inequidades en salud.

En Colombia, el Sistema General de Seguridad Social en Salud contempla la Atención Primaria como un ajuste introducido por las Leyes 1122 de 2007 y 1438 de 2011, que la consideran como una estrategia primordial para el logro, en el mediano plazo, del acceso universal y equitativo de la atención de salud.

La Atención Primaria es un elemento esencial para incidir en el desarrollo social, económico y cultural de los pueblos y una estrategia eficaz para mejorar los indicadores de la salud sexual y reproductiva en el Estado, utilizando en forma más eficiente los recursos mundiales, de cada país y del sector salud.

Se reconoce que la salud debe ocupar un lugar central en la agenda para el desarrollo humano de las sociedades, para alcanzarla, la estrategia de la APS es esencial. En ese sentido, la definición de salud

contenida en la Atención Primaria tiene una connotación holística y positiva de bienestar, calidad de vida y equidad, y no solo se refiere a la ausencia de enfermedad. En este nuevo enfoque se reconoce a la salud como una capacidad humana básica, un requisito para que los individuos realicen sus proyectos de vida, un elemento indispensable en la construcción de sociedades democráticas y un derecho humano (OPS, 2007).

En coherencia con una concepción de salud y de equidad en salud, las características del proceso para mejorar la salud sexual y reproductiva deben dar respuestas integrales a las demandas y expectativas de las personas y las comunidades. Así mismo, la organización de la prestación de los servicios relacionados con el cuidado de la salud sexual debe integrar las actividades y servicios de promoción, prevención, protección y detección temprana, el tratamiento oportuno y la rehabilitación, con énfasis en la coordinación y continuidad de la atención, y la regularidad y permanencia de la relación entre el equipo de Atención Primaria y la población a cargo.

Para que los sistemas de salud promuevan la equidad, deben ser fortalecidos hacia un enfoque no convencional de la salud pública, que supere el énfasis individual y centrado en la enfermedad del enfoque biomédico tradicional. Trabajar con un enfoque no convencional de salud pública en salud sexual y reproductiva significa, entre otras cosas, enfrentar las inequidades entre grupos de población y entre regiones para cerrar las brechas.

En este mismo sentido, para generar equidad y reducir las desigualdades sociales del orden económico, político y ambiental de la salud y su distribución y efectos en la sociedad (OMS, 2011) (relacionados con aspectos tan variados como son los biológicos, hereditarios, personales, familiares, sociales, alimenticios, económicos, laborales, culturales, conductuales, de valores, educativos, sanitarios, y religiosos, entre otros), los sistemas de salud deben centrar su actuar en intervenciones como, por ejemplo, la acción intersectorial por la salud, el empoderamiento de las comunidades y la movilización social. Para que la Atención Primaria se materialice y se convierta en un instrumento estratégico para el mejoramiento de la salud sexual, se requiere de un enfoque integral, explícitamente fundamentado en el marco de los derechos humanos, los valores y principios de la equidad en salud, el derecho a la salud y a la salud sexual y reproductiva, desarrollando un conjunto de estrategias que permitan mejorar los indicadores de salud sexual y reproductiva del país, generando auto cuidado y desarrollo comunitario.

1.3 DETERMINANTES SOCIALES

Los Determinantes Sociales en Salud (DSS) se entienden como aquellas situaciones, condiciones o circunstancias que hacen parte del bienestar, calidad de vida o desarrollo humano que ejercen influencia sobre la salud de las personas y que, actuando e interactuando en diferentes niveles de organización, definen el estado de salud de la población (Whitehead y Dahlgren, 2006). Los DSS conforman así, un enfoque según el cual, el riesgo epidemiológico está determinado individual, histórica y socialmente. La relación entre los DSS y el estado de salud es, por ello, compleja, e involucra a muchos niveles de la sociedad que, como se ha señalado, abarcan desde el nivel micro celular hasta el macro ambiental (OMS, 2011).

Se han elaborado varios modelos que muestran los mecanismos por medio de los cuales los DSS influyen en los resultados sanitarios, a fin de hacer explícitos los nexos entre los distintos determinantes y ubicar los puntos de acceso estratégicos para las medidas de la política. Lo más importante de ellos es que tratan de hacer visibles las maneras en que los DSS contribuyen a generar las desigualdades de salud entre grupos en la sociedad. Un elemento sustancial en el abordaje de los determinantes, es el concepto de la equidad, definida como la ausencia de diferencias injustas, evitables o remediables de salud entre las poblaciones o grupos definidos de manera social, económica, demográfica o geográfica.

El otro concepto es el de desigualdad en salud, entendida como la resultante de una situación en la que hay diferencias en el estado de salud entre hombres y mujeres, grupos de edad, grupos étnicos, entre otros, y que tienen sus raíces en la desigualdad social. Entre los aspectos y procesos sociales que influyen sobre la salud, algunos contribuyen a la presencia de brechas sanitarias entre distintos grupos sociales.

Un modelo de determinantes en salud debe: 1) aclarar los mecanismos por los cuales los determinantes sociales generan desigualdades de salud; 2) indicar cómo se relacionan entre sí los determinantes principales; 3) proporcionar un marco para evaluar cuáles son los Determinantes Sociales de la Salud más importantes de abordar; 4) proyectar niveles específicos de intervención y puntos de acceso de políticas para la acción en torno a los Determinantes Sociales de la Salud (OMS /OPS, 2005; Mackenbach y McKee, 2013).

El Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 (MSPS, 2013), indica la combinación de diversos modelos de DSS mediante los cuales construye uno que revela la existencia de un contexto sociopolítico que

genera desigualdades socioeconómicas dado que responden a una estratificación generada a partir de los ingresos, la educación, el género, la raza o pertenencia a un grupo étnico; así identifica los factores sociales determinantes de las desigualdades en salud. Además de los determinantes estructurales, las condiciones socioeconómicas se convierten en determinantes específicos del estado de salud individual que reflejan la ubicación social de la persona dentro del sistema estratificado. Lo anterior se refleja en que los individuos, de acuerdo con su respectiva posición social, experimentan una exposición y vulnerabilidad diferenciales ante factores que ponen en riesgo la salud. En este marco, el sistema de salud actúa como un factor social determinante de la salud en sí mismo, cuya función es precisamente de reducción de las desigualdades.

1.4 MARCO EPIDEMIOLÓGICO

Desde el marco de los determinantes sociales en salud, es necesario comprender la dinámica poblacional relativa a la mujer durante su etapa fértil y procreativa en Colombia. En el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 (MSPS, 2013), se indica que frente al mundo y frente a las regiones de América Latina y el Caribe, el país vive un proceso de plena transición demográfica, con una natalidad descendente y una mortalidad moderada o baja.

Colombia se encuentra en la etapa de descenso de las pandemias y enfermedades infecciosas, mientras se elevan las enfermedades crónicas, las producidas por el hombre, situación que corresponde al período tardío de la transición demográfica-epidemiológica (Ramos-Claso, 2012) y algunas de carácter reemergente. Este período de transición representa un reto para los sistemas de salud del país por la complejidad del abordaje y la priorización de los recursos que en general son limitados. Por este motivo el mensaje para los profesionales de enfermería es contundente: se requiere desarrollar procesos integrales y continuos para fomentar, promover y mantener la salud y para prevenir las enfermedades.

Por otro lado, según la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2002-2006, esta es un reflejo del nivel de desarrollo y de los problemas de salud pública que afectan un país (MSPS, 2002). Las metas evaluadas en el tiempo se relacionan con las posibilidades de acceso, la calidad de los servicios de salud y la disponibilidad de información y la provisión efectiva de servicios como la anticoncepción moderna.

Para que las políticas de salud pública tengan un impacto significativo sobre los factores de inequidad y subdesarrollo y se logren

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.

Desde hace varios años, los eventos de SSR más preocupantes desde el punto de vista de la salud pública y, por lo tanto, los que deben ser prioritariamente atendidos son: el exceso de muertes maternas evitables, el aumento de la incidencia de ITS y VIH/SIDA, la falta de servicios de atención integral para adolescentes y el aumento de las tasas de gestación a edades cada vez más tempranas, el alto porcentaje de gestaciones no planeadas, la alta mortalidad de mujeres por cáncer de cuello uterino y los altos índices de violencia doméstica y sexual que afectan no solo las condiciones de salud de las víctimas, sino el ejercicio de los derechos humanos fundamentales, limitando las posibilidades de convivencia social (MSPS, 2002).

Para una mejor comprensión del marco de acción de los protocolos que acá se proponen, a continuación se revisan los principales aspectos y eventos de SSR desde la perspectiva epidemiológica.

1.4.1 Fecundidad

Con relación a la fecundidad, desde la década del setenta, hay una tendencia a la baja en todos los grupos de mujeres en edad fértil, de los 15 a los 49 años, acercándose cada vez al nivel de remplazo, con 2,1, según la ENDS realizada en 2010 (y que se encontraba en 2,4 en 2005) (Profamilia, 2010), pero con una resistencia a la baja en la fecundidad en adolescentes (DANE, 2005; Profamilia, ENDS, 2010).

Los datos muestran que, mientras la fecundidad general disminuye, pasando de 91 nacimientos por cada mil mujeres, a 74 nacimientos entre 1990 y 2010, con una tasa general que pasa de 83 nacimientos por mil mujeres a 74 y la tasa bruta de natalidad de 20 nacimientos por mil habitantes a 18

por mil, la fecundidad específica para mujeres de 15 a 19 años ha presentado un incremento cercano al 30 %: del 70 por mil pasó al 90 por mil, entre 1990 y 2005. Aunque en 2010 disminuyó a 84 nacimientos por mil, el comportamiento de la fecundidad adolescente muestra una tendencia a estabilizarse, e incluso, a continuar un discreto ascenso, particularmente en las regiones del Atlántico y del Pacífico (Profamilia, ENDS, 2010). Según esta encuesta, el 19,5 % de las adolescentes entre 15 a 19 años ya habían sido madres o estaban embarazadas.

Estos cambios en la fecundidad adolescente frente a la fecundidad total, tendrán como consecuencia para los próximos años, se mantenga una

estructura por edades de la población ensanchada en las edades centrales (jóvenes) por la llegada de más niñas adolescentes al grupo de mujeres aptas para procrear, producto de la alta fecundidad adolescente del pasado reciente, afectando el número de los nacimientos totales con una importante contribución de nacimientos adolescentes (Profamilia, ENDS, 1990-2010).

1.4.2 Mortalidad Materna

La razón de mortalidad materna es considerada un indicador trazador, porque refleja las condiciones de vida de una comunidad y la calidad en la

atención de los servicios de salud en ese territorio. Por tanto, la mortalidad materna es una preocupación para las autoridades responsables del funcionamiento óptimo del sistema de salud, debido a la alta posibilidad de ser evitada y por el impacto negativo que a nivel familiar y social lleva consigo.

Uno de los problemas más prevalentes en salud sexual y reproductiva en el país es la mortalidad materna. Según cálculos realizados por el Ministerio de Salud y Protección Social, a partir de datos crudos del DANE, las cifras reflejan una razón de mortalidad materna de 69,1 por 100.000 nacidos vivos para el año 2011 (DANE y MSPS, 2013), con unas marcadas diferencias entre regiones. Al no

La mortalidad materna es una preocupación para las autoridades responsables del funcionamiento óptimo del sistema de salud, debido a la alta posibilidad de ser evitada y por el impacto negativo que a nivel familiar y social lleva consigo.

tener estudios concluyentes que evalúen la calidad y la cobertura de registros de nacido vivo y de defunción, no se puede estimar el subregistro por enmascaramiento u omisión, por tanto queda la duda sobre la real situación del indicador de mortalidad materna, que por ser demasiado sensible a cambios en el numerador o el denominador: por ejemplo la reducción de casi un 10 % de nacidos vivos entre el año de 2008 y 2009, produjo un alza inmediata en el indicador a nivel nacional y especialmente los departamentos de la Costa Caribe.

El perfil actual de causas de mortalidad materna muestra que el 40 % se deben a afecciones obstétricas no clasificadas; el 21 % a edema, proteinuria

y trastornos hipertensivos en el embarazo, el parto y el puerperio; y el 17 % a complicaciones del trabajo de parto y del parto. La mayoría de muertes maternas que se consideran evitables se asocian a deficiencias en el acceso a servicios de salud de calidad y a condiciones de vida de la mujer, (INS, 2010), dado que más del 95 % de los partos son institucionales y el 92 % de las mujeres recibieron atención prenatal de un profesional médico (ENDS, 2010). Entre las mujeres que tienen parto en casa o en otro sitio diferente a instituciones de salud, predominan las que registran un menor nivel educativo o sin educación formal y que vive en las áreas rurales (Profamilia ENDS 2005 y 2010). De hecho, el

70% de las muertes maternas se presentan en los estratos socioeconómicos más bajos, entre las mujeres menos educadas (MSPS, 2013).

Con este panorama Colombia está lejos de cumplir la meta establecida en los Objetivos de Desarrollo del Milenio en lo concerniente a disminución de muertes maternas, pues el objetivo plantea que para 2015 debe haber descendido a 45 por 100.000 nacidos vivos.

Dado que el porcentaje de partos atendidos institucionalmente es alto (94% de las mujeres de zonas urbanas y 69.8% en las zonas rurales (MSPS, 2013), se considera que la disminución de la razón de mortalidad materna requiere mejorar sustancialmente la calidad de la atención del parto institucional y de los controles prenatales, implementando mecanismos que permitan: captar tempranamente a las mujeres gestantes, identificar y tratar los riesgos biológicos y psicosociales e implementar mecanismos de comunicación y transporte efectivos para facilitar el acceso a los servicios de salud de estas mujeres, especialmente ante complicaciones que amenazan la vida, así como identificar e intervenir las vulnerabilidades.

Por su parte, el embarazo no planeado es un grave problema de salud de las mujeres dado que una de cada dos mujeres se enfrenta a una maternidad no elegida. Más de la mitad de las mujeres embarazadas (el 52%) reporta no haber planeado o no deseado el embarazo en ese momento. Las diferencias más significativas entre la tasa de fecundidad observada (2.1) y la de fecundidad deseada (1.6) se presentan en las zonas rurales, en las regiones Oriental y Pacífica, entre las mujeres con menores niveles de escolaridad y entre las mujeres en condición de desplazamiento (Profamilia, ENDS, 2010).

Por otro lado, en diferentes culturas persisten mitos, imaginarios y creencias sobre la fecundidad y la reproducción que carecen de base científica y que pueden poner en riesgo la salud, o que inducen a la toma de decisiones erróneas sobre la base de premisas equivocadas; esto, sumado a las barreras

de acceso a la provisión de métodos anticonceptivos explican el alto porcentaje de embarazo no planeado o no deseado.

1.4.3 Embarazo adolescente

Los y las adolescentes, por su parte, están iniciando su vida sexual a una edad cada vez más temprana; hay un incremento del porcentaje de mujeres menores de 20 años que ya son madres o están embarazadas del primer hijo(a) (19.5%) (Profamilia, 2010) y este porcentaje es considerablemente superior entre las adolescentes de las zonas rurales (30%) y aún mayor entre las adolescentes en situación de desplazamiento (34%) (Universidad Nacional de Colombia, 2012). El embarazo precoz tiene consecuencias sobre la calidad de vida de los futuros padres: limita las posibilidades de desarrollo personal y social de padres e hijas(os) en la medida en que reduce las oportunidades de educación y, por lo tanto, afecta la calidad del empleo y aumenta el número de personas con dependencia económica en una familia. El embarazo precoz es un factor que contribuye a perpetuar el círculo de la pobreza (Flórez y Soto, 2006).

La gestación en adolescentes, a edades cada vez más tempranas, se asocia también a resultados maternos adversos como el aumento en las cesáreas, infecciones puerperales, complicaciones intraparto y, en el feto, nacimientos pretérmino, peso bajo al nacer y recién nacido pequeño para la edad gestacional (MSPS y OPS, 2012a). La ENDS (2010), mostró que cuatro de cada cinco mujeres menores de 25 años han participado en actividades de educación sexual y las que más han participado son las de 15 a 19 años. La participación aumenta con el nivel educativo y es mayor en las zonas urbanas que en las rurales. El 86% de las mujeres encuestadas recibieron información y educación sobre anticoncepción (Profamilia, ENDS, 2010).

Los autores Tovar y Escobar (citados en Cifuentes, 2006) apoyándose en varias investigaciones sobre el embarazo en la adolescencia, plantean que este

se debe comprender como un fenómeno multicausal, que vincula las dimensiones biológicas, socio-culturales, psicológicas y económicas que afecta tanto al individuo como a la familia y a la sociedad. El embarazo en la adolescencia es considerado un problema de salud pública, diversos estudios describen los factores relacionados con el embarazo en la adolescencia y los riesgos físicos, emocionales y sociales que pueden amenazar el bienestar y el futuro de las adolescentes y de sus hijos. El incremento de las gestaciones en adolescentes ha contribuido al crecimiento acelerado de la población y produce efectos adversos sobre la salud de la madre y del niño, en el país a la persistencia

de la pobreza, por eso ha sido llamado también el “síndrome del fracaso” o “la puerta de entrada al círculo de la pobreza”. El embarazo en la adolescencia acrecienta la pobreza cuando la joven madre y su hijo permanecen en la familia de origen y aumentan los gastos del hogar. Desde un enfoque social, los padres adolescentes tienden a contraer matrimonios tempranos o forzados, alcanzan menores niveles de educación, sin mencionar las consecuencias de tener hijos no deseados. Los hijos de madres adolescentes tienen más riesgo de ser víctimas de abuso, de negligencia y de tener más problemas de comportamiento.



Cada hora 10 colombianos en promedio, son diagnosticados con una infección de transmisión sexual.

1.4.4 Infecciones de transmisión sexual

Con relación a las infecciones de transmisión sexual (ITS) el Informe Mundial de Avances en la Lucha contra el Sida, Colombia 2012 (MSPS, 2012), plantea que las ITS se han convertido en un problema de salud pública: cada hora 10 colombianos en promedio, son diagnosticados con una infección de transmisión sexual, principalmente por virus de papiloma humano, sífilis, herpes y gonorrea. La población más vulnerable está entre los 15 y 34 años de edad (73%). Según estadísticas presentadas en el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) (MSPS, 2013), entre las enfermedades infecciosas se registra un incremento importante de la sífilis

congénita, de 0.9 casos en 1998 a 2.7 casos por 1000 nacidos vivos en 2012, y la sífilis gestacional pasó de 1.3 casos por 1.000 gestantes a 7.3 casos por 1.000 gestantes en 2011 (MSPS, 2013). La hepatitis B y el herpes genital muestran una clara tendencia al aumento (MSPS, 2013).

La prevalencia de sífilis, infección gonocócica y trichomoniasis urogenital en el país, se encuentran por encima de las proporciones mundiales que presentan 5 x 100.000, 20 x 100.000 y 533 x 100.000 casos respectivamente (OMS, 2001); según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) estos casos aportan 448 millones de casos nuevos por año (OMS, 2001).

La infección genital por el Virus del Papiloma Humano (VPH), es la infección viral más común del aparato reproductor, ocasionando el 99% de los cánceres de cuello uterino. Dos genotipos, los 16 y 18, provocan la mayoría de carcinomas de cérvix, vagina, vulva, ano y pene que se registran a nivel mundial. La incidencia máxima por VPH se registra

entre las edades de 16 a 20 años y si las lesiones provocadas por el virus no son tratadas, pueden evolucionar a cáncer por lo que la detección precoz de la infección es una estrategia demostrada como útil para prevenir el cáncer subsiguiente (OMS y UNFPA, 2009).

La infección genital por el Virus del Papiloma Humano (VPH), es la infección viral más común del aparato reproductor, ocasionando el 99% de los cánceres de cuello uterino.

1.4.5 Virus de Inmunodeficiencia Humana y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida - VIH/ SIDA

En relación con la infección por VIH/SIDA, y teniendo en cuenta los criterios de clasificación en el mundo, la situación de la epidemia en Colombia es concentrada, dada la prevalencia en por lo menos una de las poblaciones con factores de vulnerabilidad —hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH)— supera el 5%, mientras que la prevalencia en mujeres gestantes no es superior a 1%. Su tendencia es creciente y la población de mayor afectación por edad está en el grupo de 20 a 25 años (MSPS, 2012b).

Entre 1983 —año en que se reportó el primer caso— hasta julio de 2011 en Colombia se habían notificado un total de 83.467 casos de infección por VIH/SIDA (MSPS, 2011) y en el 98% de los casos reportados se debieron al mecanismo de transmisión sexual. Con este contexto, y de acuerdo con el informe mundial, se puede decir que la epidemia

del SIDA afecta principalmente a la población sexualmente activa (MSPS, 2011).

El comportamiento de la epidemia de VIH, teniendo en cuenta la variable de sexo, muestra una afectación cada vez mayor de las mujeres: en 1983, cuando se reportó el primer caso de infección por VIH, por cada mujer infectada habían 17 hombres; para el año 1988 esta relación era de una mujer infectada por cada 13 hombres; diez años más tarde, por cada mujer infectada existían 4 hombres, y según datos del Observatorio Nacional de VIH para el año 2008, se estima que por cada mujer infectada existían 2 hombres (MSPS, 2012a).

Desde el punto de vista biológico, las mujeres son de 2 a 4 veces más propensas a la infección que los hombres, por varias razones: 1) La anatomía genital femenina posee una gran área de mucosa que queda expuesta a las secreciones sexuales de la pareja durante la relación sexual; 2) Las mujeres jóvenes poseen una susceptibilidad mayor debido a la inmadurez de su aparato genital, propenso a

rasgaduras durante el coito que se convierten en “puertas de entrada” al virus; y 3) Las escasas secreciones vaginales que oponen un obstáculo menor al VIH.

Los factores psicológicos, sociales, culturales, el sentimiento de invulnerabilidad que acompaña al grupo de adolescentes y jóvenes, el inicio temprano de las relaciones sexuales, las prácticas sexuales sin protección y los contactos con múltiples parejas que pueden tener durante su vida sexual y reproductiva, colocan a este grupo poblacional en uno de los más afectados por las ITS (MSPS, 2012b).

Las relaciones sociales de género explican en parte la mayor vulnerabilidad de las mujeres. El comportamiento de algunos hombres en relación con su sexualidad, está en el corazón de la epidemia del Sida, cuando son ellos quienes determinan las circunstancias de las relaciones sexuales y se niegan a protegerse y a proteger a sus compañeras; este comportamiento es muy influenciado e incluso avalado por percepciones sobre la masculinidad, compartidas en general por las mujeres y ampliamente difundidas en muchas sociedades. El género, como un sistema de ordenamiento de la vida social, entra en relación con otro tipo de desigualdades que pone a las mujeres en mayor desventaja, como la pobreza, el incremento de mujeres cabeza de hogar, la violencia y el desplazamiento. Si sumamos la pauperización de la epidemia del Sida a la feminización de la epidemia del Sida, encontramos una posición especialmente asimétrica para las mujeres dada la ausencia de recursos económicos, la dominación en las relaciones de pareja y los prejuicios sociales (MSPS, UNFPA, 2011).

La prevención de las ITS incluye todas las medidas para evitar su aparición y la prevención de complicaciones, incluye el reconocimiento temprano y el acceso al tratamiento efectivo cuando se presentan. Esto no solo disminuye las probabilidades de complicaciones para las personas sino que, también, previene nuevas infecciones en la comunidad: mientras más rápido se trate a una persona que padezca alguna ITS, menor será la posibilidad de que se transmita a otros.

1.4.6 Cáncer de cuello uterino:

En cuanto al cáncer de cuello uterino, la incidencia para Colombia, según reportes 2002-2006, es de 5.603 casos nuevos al año, lo que corresponde al 14.5% del total de casos de cáncer en mujeres².

A pesar del descenso en la tasa de mortalidad, el riesgo de enfermar y morir a causa de este cáncer continúa siendo alto, particularmente en las regiones más alejadas del país. Existe evidencia de problemas serios en el seguimiento y acceso al diagnóstico y tratamiento de mujeres con lesiones pre-neoplásicas de alto grado, así como una falta de articulación entre niveles y actores del sistema, y retroceso en las políticas que indudablemente hacen que la meta propuesta para el 2020, de alcanzar una tasa ajustada por edad de mortalidad igual o menor a 6,9 por 100.000 mujeres, requiera de esfuerzos importantes, sobre todo en las regiones de alto riesgo de muerte por este tipo de cáncer (Wiesner, y otros, 2010).

El Sistema General de Seguridad en Salud (SGSSS) establece que todas las mujeres de 25 a 69 años y menores de 25 años sexualmente activas, tienen derecho a la citología sin costo; sin embargo, no todas las mujeres acceden a este beneficio. En Colombia el 99.3% de las mujeres conocen qué es la citología, el 90% manifiesta que se la ha hecho, el 11,5% se ha hecho la citología solo una vez en la vida, el 9% no reclamó el resultado, al 30% no se le entregó, al 33% no le interesó el resultado, al 4% le resultó anormal pero solo a un 2% se le realizó colposcopia (ENDS, 2010).

Los programas de prevención de cáncer de cuello uterino se han basado, durante más de 40 años, en el uso de la citología repetida como prueba primaria de tamizaje. Con la identificación de la infección por el Virus del Papiloma Humano (VPH) como condición necesaria para el desarrollo de

² Proyectos Guías de Atención Integral (GAI) de cáncer en adultos. Recuperado el 6 de septiembre de 2013, de: <http://www.minsalud.gov.co/salud/DropOffLibrary/Presentaci%C3%B3n%20GAI%20Instituto%20Nacional%20de%20Cancerolog%C3%ADa.pdf>

cáncer de cuello uterino, se han abierto nuevos horizontes para su control (Bosch, y otros, 1995; Muñoz y Bosch, 1996), como la vacunación contra el VPH como una estrategia de prevención primaria dirigida a niñas escolarizadas de 9 años de edad y más, antes de que inicien la vida sexual (MSPS, julio 2012).

1.4.7 Cáncer de mama

El cáncer de mama también se constituye en una amenaza para la salud de la mujer pues es el primer tipo de cáncer en este grupo poblacional (MSPS, INC, 2010). El cáncer de mama es una enfermedad de impacto mundial, tiene alta prevalencia en países desarrollados y en desarrollo. En Colombia se diagnostican cerca de 7.000 casos nuevos cada año, y mueren alrededor de 2.500 mujeres por esta causa. Estos datos convierten dicha enfermedad en el cáncer femenino de mayor impacto y sin duda es una entidad de interés prioritario. La disponibilidad de recursos y eficiente manejo en países de altos ingresos han logrado disminuir su impacto (MSPS, Colciencias, INC, 2013).

La mortalidad por cáncer de mama representa cerca del 12% de muertes por cáncer en las mujeres colombianas con una tendencia a su incremento. Algunos estudios han puesto en evidencia que la mayoría de los diagnósticos se hacen en estados tardíos, lo que tiene implicaciones sobre las posibilidades de supervivencia. Por lo tanto es necesario fortalecer la detección temprana de este cáncer en mujeres sintomáticas independientemente de su edad, utilizando las pruebas diagnósticas necesarias y mejorando la oportunidad en la atención. Teniendo en cuenta que la mayor incidencia

se encuentra en la población de mujeres entre los 50 a 69 años, donde los métodos de tamizaje han mostrado una reducción de la mortalidad por esta causa, se debe hacer tamizaje de oportunidad con mamografía cada dos años acompañado del examen clínico anual de la mama (MSPS, Colciencias, INC, 2013).

En Colombia el cáncer de cuello uterino es la primera causa de muerte por cáncer en la población de mujeres entre 30 y 59 años y la segunda causa de mortalidad general por neoplasias. Sin embargo, debido a la tendencia a iniciar relaciones sexuales a edades más tempranas sin protección, el cáncer de cuello uterino afecta a mujeres cada vez más jóvenes (Profamilia, ENDS, 2005).

La mortalidad materna es una más de las violencias contra las mujeres.

1.4.8 Violencia basada en género

Otro tema central en el abordaje de la salud sexual y reproductiva de la mujer se relaciona con la violencia de géneros, teniendo en cuenta que la mayoría de las víctimas son mujeres. La mortalidad materna es una más de

las violencias contra las mujeres, la violencia doméstica y sexual tiene un impacto directo sobre la salud de las personas y en consecuencia debe ser abordada desde una política de salud sexual y reproductiva, sin que esto quiera decir que se desconocen otros tipos de violencia igualmente graves y que requieren intervención del Estado, entre otras, la violencia a la que con frecuencia son sometidas las mujeres durante los procesos de atención obstétrica.

Esta violencia vulnera los derechos de las mujeres, produce daños físicos, psíquicos y emocionales, pérdida de la autonomía y la dignidad, genera

incapacidad laboral y disminuye la productividad. Cada caso de violencia contra una mujer, reproduce los patrones de violencia, impide el desarrollo humano de las mujeres, la familia y la sociedad y consume altos recursos del estado.

El Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses conoció 89.807 casos de violencia intrafamiliar en 2011, 371 casos más que en 2010. La tasa nacional fue de 195.04 por 100.000 habitantes, en donde las mujeres son las víctimas principales, en particular en la violencia de pareja, en la que ocuparon el primer puesto con 88.4% en comparación con 11,5% de los hombres. La vivienda, las horas de la noche y los fines de semana fueron las características espacio temporales en las cuales se registró el mayor número de casos de violencia intrafamiliar. Las personas que reportaron desempeñar labores del hogar, fueron las víctimas más frecuentes de este tipo de violencia (Carreño, 2011).

Otros autores, plantean que

[...] en Colombia, las violencias basadas en género, se expresan con mayor prevalencia y gravedad contra las mujeres, especialmente en modalidades como: violencia física, violencia de pareja, violencia sexual, trata de personas, violencia por actores armados ilegales y prácticas tradicionales que atentan contra los derechos de las mujeres especialmente aquellas mujeres que por razones de etnia, ciclo vital o condiciones de desventaja socioeconómica se encuentran en mayor factor de riesgo. Las Violencias Contra las Mujeres tienen lugar en todos los escenarios públicos y privados que configuran la vida de una sociedad; sin embargo, es la vivienda o el hogar, donde con mayor frecuencia ocurren y se reproducen estas conductas y también, donde es mayor el silencio por parte de las víctimas. Las violencias que ocurren en el ámbito privado, se trasladan en el proceso de socialización de los individuos al ámbito público, lo que hace que toda violencia

contra una mujer, independientemente del lugar donde ocurra, sea un problema político que debe ser intervenido por el Estado (Barragán y Alfonso, 2010).

Adicionalmente, estas autoras citan la Ley 1257 de 2008 que define por violencia contra la mujer como

[...] cualquier acción u omisión, que le cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual, psicológico, económico o patrimonial por su condición de mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, bien sea que se presente en el ámbito público o privado (Barragán y Alfonso, 2010).

Añaden que la ley clasificó las violencias, definiéndolas a partir del daño causado, considerando: daño o sufrimiento físico, daño psicológico, daño o sufrimiento sexual y daño patrimonial, precisando el concepto de violencia económica a partir de lo estipulado en los planes de acción de las Conferencias Mundiales de Viena (ONU, 1993), Cairo (ONU, 1994) y Beijing (ONU, 1995). Al respecto estableció:

Se entiende por violencia económica cualquier acción u omisión orientada al abuso económico, el control abusivo de las finanzas, recompensas o castigos monetarios a las mujeres por razón de su condición social, económica o política. Esta forma de violencia puede consolidarse en las relaciones de pareja, familiares, en las laborales o en las económicas

Plantean además, que

[...] las violencias de género y especialmente, las violencias contra las mujeres, son un fenómeno complejo que involucra múltiples elementos; no solo se refieren a las violencias físicas, que son las más evidentes y reconocidas, sino tienen también, componentes simbólicos, socioculturales, de poder, económicos, entre muchos otros que les convierten en un fenómeno estructural de la sociedad y

profundamente arraigado en sus individuos que requiere más que normas legales y políticas para su superación (Barragán y Alfonso, 2010).

Las mujeres deben saber que cuentan con el respaldo del Estado y el de la ciudadanía para ejercer sus derechos y acabar con toda forma de discriminación o de violencias en su contra. El(la) profesional de enfermería debe conocer la legislación colombiana orientada a la protección de la mujer y a la defensa de sus derechos humanos, sexuales y reproductivos, como la Ley 1257 de 2008 y su Decreto Reglamentario 4796 del 20 de diciembre de 2011. También debe conocer las redes sociales e institucionales que se han organizado para su defensa, para que pueda orientar a la mujer y referirla a estos centros cuando así se requiera.

Desde el punto de vista de la salud pública, se demuestra que la violencia doméstica y sexual está íntimamente relacionada con problemas de salud sexual y reproductiva tales como alteraciones ginecológicas, aborto inseguro, complicaciones del embarazo, aborto espontáneo, parto prematuro, bajo peso al nacer y enfermedad pélvica; sin

contar los costos para el sistema de salud directamente producidos por la atención de las lesiones y los costos laborales y económicos para la persona lesionada y para la sociedad.

1.4.9 Acceso a servicios de salud

Pese a que los indicadores que hacen seguimiento a los temas relacionados con la salud sexual y reproductiva evidencian un progresivo fortalecimiento del acceso al servicio de salud, prevalecen las cifras de morbilidad y mortalidad en la población materno perinatal, probablemente porque se haya mejorado la cobertura y no la calidad de la atención en los servicios de salud.

Según la información de las Encuestas de Demografía y Salud (Profamilia, 1990, 2000, 2005 y 2010), la cobertura del servicio para el control prenatal ha crecido del 79,7% en 1985 al 82% en 1990, al 90,8% en el año 2000, al 97% en el año 2010; si se toma como medida la asistencia a 4 controles prenatales, da como resultado que la región con menor cobertura es la de la Amazonia y Orinoquia, que descendió del 68% al 61,6% entre 2005 y 2010; las demás regiones tuvieron un incremento en el

La cobertura del servicio para el control prenatal ha crecido del 79,7% en 1985 al 82% en 1990, al 90,8% en el año 2000, al 97% en el año 2010.

mismo período: la región Caribe pasó del 80% al 83,8%; la Oriental, del 81% al 85%; y la del Pacífico, del 81% al 86,3% (Profamilia, ENDS, 1990, 2000, 2005 y 2010).

El porcentaje de parto institucional entre 1990 y 2000, pasó del 84,8% al 94,4% en el área urbana, y del 59,7% al 70,6% en el área rural; entre 1990 y 2010 pasó de 76,3% al 98,6%. La mejor cobertura, entre el año 1990 y el año 2000, la registró Bogotá con el 93,4% y el 97,2%, respectivamente.

El porcentaje de partos atendidos por personal calificado pasó del 96,4% al 98,7%, entre el 2005 y el 2010, superando la meta programada para el 2014, sobre un cumplimiento del 95%: de cada 10 partos, 9 son atendidos por médicos; los partos atendidos por parteras disminuyeron del 2,7% al 0,78% (Profamilia ENDS, 1990, 2000, 2005 y 2010).

En relación con la detección temprana del cáncer cérvico-uterino, todas las mujeres colombianas entre 25 y 69 años de edad y las menores de 25 años con vida sexual activa tienen derecho a la citología sin costo. Entre el 2005 y el 2010, las mujeres entre 18 y 69 años refirieron que conocen qué es la citología de cuello uterino, con un porcentaje que varió del 98,5% al 99,3%; en el mismo período, el 84,8% y el 90%, respectivamente, manifestaron haberse realizado una citología; el 13,1% se hizo una citología en el 2005; y el 11,5% de las mujeres se ha realizado la citología solo una vez en la vida. El 9% de las mujeres no reclamó el resultado de la citología; de estas, al 30% no se le entregó, y al 33% no le interesó el resultado; el 4% de las citologías se reportaron con alguna anormalidad; y al 2% de las mujeres se le realizó una colposcopia; el 70% refiere no realizarse una citología por miedo y/o descuido. Respecto al Virus del Papiloma Humano (VPH), el 44% refiere conocer algo del tema, pero solo el 25% conoce la

existencia de la vacuna contra este virus (Profamilia ENDS, 1990, 2000, 2005 y 2010; MSPS, 2010).

Uno de los componentes del Plan Decenal de Salud Pública es la prevención y atención integral en Salud Sexual y Reproductiva desde un enfoque de derechos sexuales y reproductivos. Para su alcance se ha propuesto desarrollar e implementar estrategias que garanticen el acceso a la atención preconcepcional, prenatal, del parto y del puerperio en el marco del sistema obligatorio de garantía de la calidad y estrategias de atención primaria en salud.

El Plan se propone como metas para el año de 2021, reducir y mantener por debajo de 2,4 hijos por mujer la fecundidad global en mujeres entre 15 a 49 años; reducir por debajo de 7 por cien mil mujeres la tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino; mantener por debajo de 1,2% la prevalencia de infección por VIH en población de 15 a 49 años; disminuir a 61 por 1.000 la tasa específica de fecundidad en mujeres adolescentes de 15 a 19 años; aumentar a 80% el uso de métodos modernos de anticoncepción en mujeres en edad fértil (de 15 a 49 años), aumentar al 80% la prevalencia del uso de métodos anticonceptivos modernos en todas las adolescentes de 15 a 19 años sexualmente activas.

Frente a la mortalidad materna evitable, la meta es disminuir a menos de 150 muertes anuales en el país, que el 95% de las mujeres gestantes tengan mínimo cuatro controles prenatales en el 94% de las entidades territoriales, que el 80% de las mujeres gestantes ingresen al control prenatal antes de la semana 12 de edad gestacional y a disminuir la proporción de adolescentes alguna vez embarazadas al 15%. Para el año 2021, el 100% de las mujeres en control prenatal habrá sido tamizado para Hepatitis B.

1.5 CONDICIONES ASOCIADAS AL RIESGO Y AL DAÑO EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Existen múltiples factores que ponen en riesgo la salud sexual y reproductiva de las mujeres. En la actualidad hay un gran acervo de literatura que estudia los factores relacionados con patología obstétrica; por otro lado, un campo menos explorado es el de aquellas mujeres que sin estar embarazadas son vulneradas y afectadas por situaciones que aumentan el riesgo de perder su estado de bienestar, el cual es un determinante importante de su futuro y, en otros casos, como potencial madre.

1.5.1 Violencia de género

La violencia contra las mujeres es un problema mundial. La OMS estima que una de cada cinco mujeres se enfrentará a algún tipo de violencia en su vida. Las mujeres embarazadas pueden ser especialmente vulnerables debido a un aumento en sus necesidades físicas, sociales, emocionales y económicas durante el embarazo. La violencia en el embarazo es también motivo de preocupación especial debido a las posibles consecuencias negativas para la madre y el feto y se ha relacionado con una serie de resultados adversos que incluyen bajo peso al nacer, parto prematuro, baja ganancia de peso materno, infecciones, hemorragia, parto por cesárea, muerte fetal y neonatal y aborto involuntario, además de otros efectos perjudiciales en la salud física y mental de madres e hijos. Por ejemplo, se ha encontrado que las mujeres maltratadas durante el embarazo tienen 2,5 veces más probabilidades de reportar depresión y presentan más altos niveles clínicos de depresión, que las mujeres embarazadas no maltratadas (Taillieu y otros 2010). En los resultados de la Encuesta Nacional de Demografía en Salud (ENDS) 2010, el 37% de las mujeres casadas o unidas en Colombia reportaron haber sido víctimas de agresiones físicas por parte de su esposo o compañero.

1.5.2 Relaciones sexuales durante la adolescencia

La adolescencia es un momento de oportunidad pero para algunos, también es una etapa que puede conducir a comportamientos que reducen las

opciones de vida. En algunos casos, el desarrollo sexual de adolescentes y jóvenes, se produce en un contexto de inestabilidad y vulnerabilidad social. Ciertos estudios informan que de los adolescentes que son sexualmente activos, un tercio ha tenido múltiples parejas sexuales en el último año, el 90% ha utilizado condón, pero sólo entre el 16% y el 25% los han utilizado constantemente y aproximadamente la mitad informó que su primera relación sexual fue forzada (Khairani, Suriati y Noorazimah, 2010).

Es muy importante comprender los factores que influyen en la salud sexual y reproductiva y en el desarrollo de los adolescentes con edades entre 10 y 19 años.

En cuanto a la edad de inicio de las relaciones sexuales en Colombia, el 13% de las menores de 20 años tiene su primera relación sexual antes de cumplir los 15 años de edad. Esta ocurre más temprano en las mujeres sin educación (15,8 años) y en aquellas que viven en áreas rurales (17,5 años), que en aquellas que tienen educación superior (18,9 años) o viven en zonas urbanas (18,5 años) (Profamilia ENDS, 2010).

1.5.3 Embarazo no planeado o no deseado

El embarazo no planeado o no deseado sigue siendo un problema grave de la salud pública. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) del 2010, en Colombia los embarazos no deseados o no planeado para el momento van en aumento, y representan más de la mitad de los

embarazos (52%). Según la Encuesta, solo el 48% de los nacimientos de los últimos años han sido deseados, el 30% lo quería pero más tarde (inoportuno o no planeado), y el 23% reportó como francamente no deseado.

Las repercusiones de los embarazos no planeados generan preocupaciones que van desde los impactos económicos hasta consecuencias psicológicas, físicas sociales (Lindsay, Kuroki y Jenifer, 2008) y para el desarrollo en general. Uno de los motivos de preocupación son las conductas de riesgo que durante la gestación tienden a adoptar estas gestantes —como beber en exceso, fumar, consumir drogas ilícitas, la falta de ingesta de micronutrientes (calcio, hierro y ácido fólico) durante el primer trimestre del embarazo—, a ejercer un menor autocuidado y menor demanda de controles prenatales durante toda la gestación (Pacheco, Botero y Tamayo, 2013). Entre los embarazos no planeados se observa una mayor incidencia de mortalidad materna y morbilidad materna extrema, parto prematuro, bajo peso al nacer, abuso infantil y muerte neonatal (Abhishek, Ashisd y Bidhubhusan, 2013).

1.5.4 Aborto inducido

La OMS (2012) estima que de los 210 millones de embarazos anuales a nivel mundial, 80 millones son no planeados y 46 millones (58%) terminan interrumpiéndose. La misma organización reporta que en el mundo 67.000 mujeres mueren cada año por abortos mal practicados, lo que equivale al 13% de la mortalidad materna y en América Latina, es responsable del 17% de estos casos (OMS, 2006). Para Colombia, en 2010, se estimó que el 44% de los embarazos no planeados terminaron en un aborto inducido, lo que se traduce en 400.412 abortos inducidos (Allan Guttmacher Institute, 2011). De los casos ocurridos entre 2005 y 2011, se estima que la proporción de mortalidad materna por aborto fue de 6,46 por 100.000 nacidos vivos (MSPS, 2013).

El aborto es una de las principales causas directas de muerte materna evitable y está relacionado

con el embarazo no deseado, con las dificultades en el acceso a la prestación de los servicios de salud y con las barreras para el ejercicio del derecho a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), en los casos previstos por la Sentencia C355 de 2006 promulgada por la Corte Constitucional.

1.5.5 Embarazo en adolescentes

Es comúnmente aceptado que el embarazo en la adolescencia se define como un embarazo que ocurre en niñas entre los 10 y 19 años de edad. Aunque se trata de un problema social y de salud grave en todo el mundo, más del 90% de los casos ocurre en los países en desarrollo y llevan a un riesgo considerable. Según el DANE la razón de mortalidad materna de niñas de 10-14 años es de 123.98 muertes por 100.000 nacidos vivos y de 51.42 muertes por 100.000 nacidos vivos en niñas de 15 a 19 años (Estadísticas vitales, DANE, 2012).

Los factores que más afectan a las adolescentes embarazadas son los de carácter social, como la pobreza, la falta de educación y de apoyo familiar. Estas condiciones llevan a la adolescente a un mayor riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual, de llegar a abortos inseguros y a complicaciones durante el trabajo de parto y el parto. Así mismo el embarazo en la adolescencia contribuye a que se presente anemia, aumento insuficiente de peso e hipertensión (MPS, DANE, 2012). Además, los niños nacidos de padres que no están preparados para cuidar de ellos se enfrentan a muchos problemas. Ellos están en riesgo de abuso, abandono y fracaso escolar y en el futuro son más propensos a involucrarse en comportamientos delictivos; cada año, más de 10.000 niñas adolescentes quedan embarazadas (Shrim Alon y Ates Senem, 2011).

En Colombia, según la información recogida por la ENDS 2010, el 19.5% de adolescentes entre los 15 y los 19 años están o han estado alguna vez embarazadas; en comparación con el 2005, se presentó una disminución de un punto porcentual en el embarazo adolescente. Sin embargo la cifra analizada

representa un alto porcentaje si se tiene en cuenta que los embarazos en la adolescencia son en general no planificados o deseados, e implican un impacto negativo en las condiciones físicas y mentales de las jóvenes (Alta Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer, agosto 2011).

Por su parte, el embarazo en menores de 15 años es un evento que en los últimos años se ha incrementado de manera significativa en Colombia y que, por sus condiciones y características, implica altos riesgos para la integridad y salud de la menor y su hijo por nacer. De acuerdo con estadísticas del DANE, la proporción de nacimientos en adolescentes menores de 15 años en Colombia aumentó de 0,91% en el 2006 a 0,98% en el 2009 y a 1,01% en 2013 (datos preliminares), lo que parece indicar una tendencia sostenida al aumento de estos casos. Para el 2013, con datos preliminares del DANE, se registran 6.545 casos de nacidos vivos en madres de 10 a 14 años.

El embarazo en una menor de 14 años se considera producto de un abuso sexual, lo que a la luz de la legislación colombiana, es un delito; en estos

casos son frecuentes también las relaciones supuestamente “consentidas” por la menor, dadas con hombres mucho mayores que ellas, que cuando menos, han abusado de su poder y posición de adultos; en una relación de pares la diferencia de edad no debe ser mayor a 3 años. Estos casos, considerados de alto riesgo, a las menores se les debe informar sobre el derecho a interrumpir el embarazo, y si deciden proseguir con este, deben ser orientadas y remitidas a la alta complejidad para que se haga un cuidado integral de las necesidades físicas y psicológicas de la menor, se den a conocer sus opciones, se respeten y restituyan sus derechos y se garantice su protección, cuando a ello haya lugar (MSPS y UNFPA, 2013).

1.5.6 Anemia

La disminución de las reservas de hierro y la anemia afectan a una gran proporción de la población de los países en desarrollo e industrializados, en particular los grupos de riesgo como los niños, las mujeres que menstrúan y las mujeres gestantes.

Las mujeres con diabetes tienen un mayor riesgo de pre-eclampsia, de depresión, de parto prematuro, de cesárea, y casi tres veces más riesgo de tener un bebé con una anomalía congénita mayor que las mujeres sin diabetes.

Durante la gestación hay un aumento significativo en la cantidad de hierro necesario para aumentar la masa de glóbulos rojos, ampliar el volumen de plasma y permitir el crecimiento del feto y la placenta. En mujeres gestantes sin suplemento de hierro, la concentración de hemoglobina en la sangre materna caerá alrededor de 11 g/ dL. La caída más pronunciada se da a las 20 semanas de gestación y se mantiene constante hasta las 30 semanas, para luego elevarse ligeramente. Por lo tanto, cualquier estimación de la concentración de hemoglobina tomada después de la semana 20 de gestación, será razonablemente representativa de dicha caída inducida en este período (Uche-Nwachi y otros, 2010).

Estudios previos muestran que el riesgo aumenta con la paridad: es casi tres veces mayor para las mujeres con 2 o 3 hijos(as) y cuatro veces mayor para las mujeres con 4 o más hijos(as); la ingesta de hierro en la dieta total y determinantes del estilo de vida tienen un impacto significativo en el estado del hierro (Uche-Nwachi y otros, 2010; Looker y otros, 1997) y que la falta de reservas de hierro tiene consecuencias adversas sobre el desarrollo feto-placentario. Una reducción de hierro en el cuerpo se asocia con una disminución en el nivel de compuestos funcionales, tales como la hemoglobina. La mortalidad materna y perinatal es mucho mayor en las mujeres gestantes con anemia, sobre todo si la anemia es grave, pero también, puede ocurrir en los casos de anemia moderada. Varios estudios han descrito una correlación positiva entre los niveles de hemoglobina materna temprana en el embarazo y el peso al nacer, índice de Apgar y la duración de la gestación (Bencaiova y Burkhardt, 2012; Zhou, y otros, 1998).

1.5.7 Diabetes

Entre los años de 2003 y 2009 la prevalencia de diabetes ha aumentado en un 38% entre las mujeres en edad reproductiva (Hayes y otros, 2011). La diabetes es una enfermedad crónica, que requiere la adhesión a un óptimo control de la glicemia antes

de la concepción y en el primer trimestre, con el fin de reducir los riesgos de efectos adversos materno-fetales. Las mujeres con diabetes tienen un mayor riesgo de pre-eclampsia, de depresión, de parto prematuro, de cesárea, y casi tres veces más riesgo de tener un bebé con una anomalía congénita mayor que las mujeres sin diabetes. Aproximadamente el 10% de las mujeres en edad reproductiva padecen de diabetes o intolerancia a la glucosa; la prevalencia aumenta a 27,6% de las mujeres estadounidenses de origen mexicano y al 22,4% para las mujeres afroamericanas; y las tasas están aumentando (Macintoch y otros, 2006; Temple, Aldridge y Murphy, 2006; Farr y otros, 2012). La Asociación Americana de Diabetes recomienda que la atención previa a la concepción incluya educar a las mujeres acerca de los riesgos de malformaciones congénitas asociadas con un mal control metabólico y el uso de un método anticonceptivo eficaz para evitar una gestación no deseada (Farr y otros, 2012).

La reducción del riesgo de resultados adversos mediante el seguimiento y control de los niveles de glucosa en las mujeres con diabetes, está documentada. Un estudio de observación temprana de 480 embarazos encontró una reducción significativa en anomalías congénitas entre los recién nacidos de las mujeres que comenzaron el control intensivo de la glucemia antes del embarazo (0,8% anomalías congénitas) en comparación con los que empiezan a las ocho semanas de gestación (7,8% anomalías congénitas) (Karcaaltincaba, otros, 2011).

1.5.8 Depresión

La gestación implica cambios importantes en la vida de la madre en muchos aspectos, por ejemplo, el estado hormonal, función social, y la correlación exacta entre estos y la depresión es de creciente interés. La mayoría de estudios realizados utilizan cuestionarios que miden o detectan altos niveles de sintomatología. Se ha encontrado que los predictores más fuertes de la sintomatología

depresiva durante la gestación son: ansiedad materna, estrés de la vida, antecedentes de depresión, falta de apoyo social, experimentar eventos estresantes de la vida en el año anterior, menor nivel educativo, hábito de fumar, ser soltera o no tener apoyo de la pareja y la mala calidad de la relación (Robertson y otros, 2004).

Entre el 5 y el 15% de las mujeres con predictores de riesgo sufre altos niveles de síntomas depresivos durante cualquier momento de la gestación, mientras que hasta un 12% experimenta depresión mayor en algún momento durante su gestación. Sin embargo, los valores de prevalencia varían dependiendo del método utilizado para el diagnóstico y si la recolección de datos se realizó de forma prospectiva o retrospectiva (Temple, Aldridge y Murphy, 2006).

Es de vital importancia identificar y tratar la depresión durante y después del embarazo, especialmente entre mayor riesgo presente la mujer (Duda-sa, Csator dai y Sarolta, 2012).

1.5.9 Infección genital

Cada año, mil millones de mujeres tienen una infección del tracto urinario o genital inferior, con mayor frecuencia la vaginosis bacteriana, consistente en una modificación de la flora vaginal que se asocia con un mayor riesgo de parto prematuro y de aborto espontáneo durante el primer y segundo trimestres del embarazo. La naturaleza de esta asociación no ha sido claramente dilucidada; Romero y Col (2001), sugieren que los resultados de partos prematuros se asocian a que las bacterias ascienden de la vagina a las membranas y al líquido amniótico (Romero y otros, 2001). Mientras más temprano esta flora anormal se presenta en el embarazo, más fuerte es la asociación entre vaginosis y el parto pre-término. La ascensión de microorganismos vaginales puede así producirse ya en el primer trimestre. La frecuencia de la vaginosis en mujeres gestantes de bajo riesgo sin antecedentes de parto prematuro, de edades comprendidas entre los 25 y 29 años, no es bien conocida (Desseauve, D. Chantrel, J, 2012).



2

MARCO DE DERECHOS

2.1 DERECHOS HUMANOS

Un gran reto consiste en considerar el respeto a los derechos humanos como aspectos inalienables que influyen positivamente en el cuidado de salud sexual y reproductiva de un país; este cuidado debe ser accesible, cumplir con los estándares de calidad y prestar especial atención a los grupos vulnerables.

En ese sentido, los derechos humanos trascienden a numerosos ámbitos como el de la salud. Siendo conscientes de que los gobiernos son responsables de los instrumentos para velar por esta condición, los profesionales de la salud deben entender su papel protagónico frente a la promoción de los derechos de las mujeres, el suministro de información objetiva, la adecuada asignación de recursos, la mejora en la prestación de servicios y la ampliación de los conceptos relacionados con derechos que conciernen a la salud sexual y reproductiva.

La Declaración Universal de los Derechos Humanos adoptada en 1948³, reiteró la igualdad de derechos de hombres y mujeres. La Declaración promueve el derecho a un nivel de vida adecuado para la salud y el bienestar, incluida la atención en salud. En 1968 en una revisión durante la Conferencia Internacional de Derechos Humanos se convino en que las mujeres se beneficiarían de sus derechos reconocidos, solo si se complementaban con la libertad reproductiva.

3 Declaración Universal de Derechos Humanos. Adoptada y proclamada por la Asamblea General en su Resolución 217 A (III), de 10 de diciembre de 1948. Recuperado el 4 de agosto de 2013, de: http://www.hchr.org.co/documentoseinformes/documentos/carceles/1_Universales/B%E1sicos/1_Generales_DH/1_Declaracion_Universal_DH.pdf.

2.2 DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

La Declaración y Programa de Acción de Viena (ONU, 1993), establece que

[...] los derechos de las mujeres son una parte inalienable, integral e indivisible de los derechos humanos universales,

y especifica que:

El derecho de la mujer a la atención médica accesible y adecuada y la más amplia gama de servicios de planificación familiar” y la necesidad de abordar la violencia de género. La Conferencia Mundial de Derechos Humanos dio mucha importancia a los derechos de las mujeres como resultado de una campaña mundial masiva por una alianza de casi un millar de organizaciones no gubernamentales, que señalaron la falta de derechos en materia de salud, las preocupaciones mundiales sobre la salud sexual y reproductiva y la necesidad de fortalecer la aplicación de la Convención de la Mujer.

El impacto estratégico que genera la optimización de la salud sexual y reproductiva en Colombia tiene como referente las conferencias mundiales convocadas por la Organización de Naciones Unidas, particularmente la de Población y Desarrollo en El Cairo (1994) cuyos documentos se basan en el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos, enmarcados en la afirmación de principios tales como la opción libre e informada en todos los aspectos relacionados con la sexualidad y la reproducción, el respeto a la integridad y el derecho a no sufrir ningún tipo de discriminación ni de coerción. La mención de estos principios implica obligaciones relacionadas con la calidad y el acceso en condiciones de igualdad y equidad a servicios integrales de salud sexual y reproductiva.

La Conferencia Mundial de El Cairo (1994) deja claro que todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos:

Toda persona tiene los derechos y las libertades proclamados en la Declaración Universal de Derechos Humanos, sin distinción alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición.

Adicionalmente, establece el marco general de los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos reconocidos en diferentes instrumentos internacionales y normas y leyes de los países que se acogieron al plan de acción de la CIPD (ONU, 1994).

Esta Conferencia, en su cuarto principio hace referencia a la promoción de la equidad e igualdad de los sexos, a los derechos de la mujer, a la eliminación de la violencia de todo tipo y a que sea la mujer quien controle su propia fecundidad siendo la piedra angular de los programas de población y desarrollo.

La Convención de la Mujer realizada en Beijing en 1995 (ONU, 1995), retoma las conclusiones de El Cairo y avanza en la necesidad de reconocer los derechos sexuales de las mujeres y los considera en conjunto con las cuestiones socioeconómicas, la educación, el empleo y la difícil situación de las mujeres rurales.

Recientemente, en el marco de revisión para América Latina y el Caribe de la CIPD más 20, realizado en agosto de 2013 en, se genera el “Consenso de Montevideo” el cual retoma los principios de El Cairo (1994), y refuerza la importancia del acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva.

Los países participantes —entre ellos Colombia— se comprometieron a promover políticas en pro del ejercicio de los derechos sexuales sin coerción, discriminación ni violencia. Asimismo acordaron revisar las legislaciones, normas y prácticas que restringen el acceso a los servicios de salud reproductiva, y garantizar su acceso universal. Además de los servicios de salud, se hizo énfasis en la importancia del acceso a la educación pública, en la implementación de programas de salud sexual y reproductiva integrales que propicien la prevención del embarazo en la adolescencia, eliminando el aborto inseguro, entre otras medidas. Aunado a estos compromisos, en el Consenso se acordó cumplir con el compromiso de ampliar espacios de participación de las mujeres en la formulación de las políticas en todos los ámbitos del poder público, así como hacer efectivas las acciones preventivas que contribuyan a la erradicación de todas las formas de violencia contra las mujeres y las niñas (ONU y CEPAL, 2013).

Como resultado, la salud reproductiva debe ser entendida como la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin

riesgos y de tener la libertad para decidir procrear o no, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícitos también el derecho de la mujer a obtener información que le posibilite la toma de decisiones libres e informadas sin sufrir discriminación, coerción ni violencia; el derecho al acceso y la posibilidad de elección de métodos de regulación de la fecundidad seguros, eficaces, aceptables y asequibles; el derecho a no sufrir violencia doméstica ni sexual; el derecho a recibir servicios adecuados de atención a la salud que permitan embarazos y partos sin riesgos; y el acceso a servicios y programas de calidad para la promoción, detección, prevención y atención de todos los eventos (ONU, 1994).

En consonancia con la definición anterior, la atención de la salud reproductiva incluye la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente la asesoría y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual.

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. Esto implica, entre otros aspectos, elaborar programas innovadores para que, por ejemplo, todos los adolescentes y los hombres adultos tengan acceso a información, asesoramiento y servicios de salud reproductiva.

Como parte del esfuerzo encaminado a satisfacer las necesidades no atendidas, todos los países deberían tratar de individualizar y eliminar las barreras importantes que todavía existan para la utilización de los servicios de anticoncepción moderna. Algunas de estas barreras se relacionan con la insuficiencia, mala calidad, alto costo de los servicios y la falta de intervención en todos los escenarios concernientes al cuidado de la salud de la mujer.

La toma de decisiones sobre la edad de inicio de las relaciones sexuales, el número de hijos y el espaciamiento del intervalo de años entre los nacimientos, son escenarios que obligan al estado a garantizar la disponibilidad de la información y medios para ello, así como el acceso, la calidad, la privacidad, la confidencialidad y la integralidad de los servicios.

Los programas de planificación de la familia deben esforzarse por mejorar la calidad de la atención y ampliar su cobertura a todos los espacios relacionados con la salud sexual reproductiva de la mujer. Estos programas deben reconocer que los métodos apropiados para las parejas y las personas varían según la edad, los antecedentes médicos y ginecológicos, las decisiones sobre el número de hijos, el

espaciamiento y el momento elegido para tenerlos, el tamaño de la familia y la preferencia sobre el método entre otros factores; y velar por que mujeres y hombres tengan información completa, veraz y oportuna sobre los riesgos de un embarazo no planeado, la fisiología del cuerpo femenino y sobre métodos disponibles, garantizando una oferta amplia para las diferentes condiciones y preferencias de manera confidencial. Con estas condiciones y la adopción de sistemas logísticos adecuados para el suministro suficiente y continuo de productos anticonceptivos de alta calidad, los servicios resultan más seguros, asequibles y accesibles para la usuaria o el usuario.

Las políticas para atender las enfermedades y eventos relacionados con la salud sexual y reproductiva deben tener en cuenta que estos eventos entrañan el ejercicio de derechos tales como el derecho a la vida, a la igualdad y a no sufrir ningún tipo de discriminación —por ejemplo, igualdad independientemente del sexo, la edad, la orientación sexual, la etnia o cualquier otro factor—.



3

MARCO LEGAL Y JURÍDICO DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN COLOMBIA

El plan de salud pública que garantiza las condiciones para mejorar la salud de la mujer, prolongar la vida y los años de vida libres de enfermedad, promover condiciones y estilos de vida saludables, prevenir y superar los riesgos para la salud durante el embarazo y el puerperio, debe regirse por lineamientos nacionales que constituyen leyes o planteamientos legales.

La Constitución de 1991 establece el fundamento para garantizar la salud de la mujer en Colombia, los Artículos 13 y 43 de la Carta Magna reflejan la igualdad de sus derechos y oportunidades. Adicionalmente, en la Constitución Colombiana se expresan los derechos sexuales y reproductivos y el marco ético de los derechos humanos, considerando especialmente los relacionados con: el derecho a la vida (Art.11), el derecho a recibir atención y protección durante el embarazo (Art.43), el derecho a la educación (Art.67), el derecho a la libertad de conciencia (Art.18), el derecho a la intimidad personal y familiar (Art.15) y el derecho a la libertad (Art.13) (ONUSIDA, OPS y UNICEF, 2007).

A continuación se enuncian las leyes y normas del país, que dan un marco de referencia para asumir el cuidado a la salud de la mujer durante la etapa reproductiva y el periodo intergenésico. Estas normas aparecen en orden cronológico y están relacionadas de manera directa con los Protocolos de Enfermería para el Cuidado de la Mujer (MSPS y UNFPA, diciembre 2013).

3.1 LEY 100 DE 1993

La ley reúne las normas y procedimientos a los cuales podrán tener acceso las personas para garantizar la calidad de vida. Mediante ella se establecen los siguientes frentes: Sistema General de Pensiones, Sistema General de Seguridad Social en salud, Sistema General de Riesgos Profesionales y los Servicios Sociales Complementarios.

3.2 LEY 266 DE 1996

Reglamenta la profesión de enfermería en Colombia. Esta ley es fundamental en los Protocolos de Cuidado de Enfermería dado que establece el marco normativo para que profesionales de enfermería brinden cuidado y atención específica a las mujeres en edad reproductiva y durante los eventos de la gestación, el parto y el puerperio.

3.3 DECRETO 1543 DE 1997

Reglamenta el manejo de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y las otras Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS).

3.4 RESOLUCIÓN 412 DE 2000

Adopta las normas técnicas y guías de atención que definen las actividades, procedimientos e intervenciones de protección específica (atención en la planificación familiar a hombres y mujeres, alteraciones del desarrollo del joven de 10 a 29 años, alteraciones del embarazo y cáncer de cuello uterino y seno) y guías de atención (Enfermedades de Trasmisión Sexual, sífilis, VIH/SIDA y menor y mujer maltratados), con su respectivo seguimiento, monitoreo y evaluación a través de la Resolución 4505 de 2012.

3.5 POLÍTICA NACIONAL DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA 2002 – 2006

Establece la necesidad de mejorar la SSR y promover el ejercicio de los Derechos Sexuales y Reproductivos (DSR) de toda la población con especial énfasis en la reducción de los factores de vulnerabilidad y los comportamientos de riesgo, el estímulo de los factores protectores y la atención a los grupos con necesidades específicas. En proceso de revisión y ajuste.

3.6 LEY 911 DE 2004

Dicta disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia y se establece el régimen disciplinario correspondiente.

3.7 POLÍTICA NACIONAL DE JUVENTUD 2005-2015

Entre sus metas se encuentran: ofrecer a los adolescentes y jóvenes, servicios de salud y seguridad social y plantea acciones de prevención para disminuir los riesgos de muertes violentas y violencia intrafamiliar además de contribuir a la reducción de la incidencia de embarazos en adolescentes y de VIH.

3.8 CONPES SOCIAL 91 DE 2005

Menciona las metas y estrategias del país para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, que fija unas metas específicas en el tema de gestantes y de salud sexual y reproductiva.

3.9 LEY 1098 DE 2006 - CÓDIGO DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

Tiene por finalidad garantizar a niños, niñas y adolescentes su pleno y armonioso desarrollo, el reconocimiento a la igualdad y a la dignidad humana y las medidas de protección integral de los infantes y adolescentes a través de un sistema de derechos y garantías, de políticas públicas y de restablecimiento de los derechos. Enuncia que entre las obligaciones de la familia está el “formar y promover el ejercicio responsable de los derechos sexuales y reproductivos y colaborar con la escuela en la educación sobre este tema”, y como obligaciones del estado prevenir y atender la violencia sexual, las violencias dentro de la familia y el maltrato infantil, promover la difusión de los derechos sexuales y reproductivos y orientar a la comunidad educativa en la formación en salud sexual y reproductiva y la vida en pareja. Como obligaciones del Sistema de Seguridad Social en Salud, establece la de garantizar el acceso gratuito de adolescentes y jóvenes a los servicios especializados de salud sexual y reproductiva; desarrollar programas para la prevención del embarazo no deseado; la protección especializada y el apoyo prioritario a las madres adolescentes.

3.10**RESOLUCIÓN 3442 DE 2006**

Adopta las guías de práctica clínica basadas en evidencia para la prevención, diagnóstico y tratamiento a pacientes con VIH/SIDA y las recomendaciones de los Modelos de Gestión Programática en VIH/SIDA (MSPS, 2006).

3.11**SENTENCIA C355 DE 2006 DE LA CORTE CONSTITUCIONAL**

Con esta Sentencia, la Corte Constitucional reconoció el derecho al aborto legal y seguro como parte integral e indivisible de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en tres circunstancias específicas: *a)* cuando la continuación del embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la mujer, certificada por un médico; *b)* cuando exista grave malformación del feto que haga inviable su vida, certificada por un médico; y *c)* cuando el embarazo sea el resultado de una conducta, debidamente denunciada, constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo o de inseminación artificial o transferencia de óvulo fecundado no consentidas, o de incesto.

3.12**LEY 1122 DE 2007**

En su Artículo 33 enuncia “en el Plan Nacional de Salud Pública se encuentra prevista la promoción de la salud sexual y reproductiva”. Es obligación del estado garantizar los derechos y exigir los deberes del ciudadano consagrados en la Constitución Política de Colombia.

3.13**LEY 1146 DE 2007**

Por la cual se expiden normas para la prevención de la violencia sexual y atención integral de los niños, niñas y adolescentes abusados sexualmente.

3.14**LEY 1257 DE 2008**

No violencia contra las mujeres. Esta Ley se orienta hacia la sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres.

3.15 RESOLUCIÓN 00769 DE 2008

Emitida por el Ministerio de Protección Social, y por medio de la cual se adopta la actualización de la Norma Técnica para la Atención en Planificación Familiar a Hombres y Mujeres establecida en la Resolución 412 de 2000.

3.16 RESOLUCIÓN 1973 DE 2008

Emitida por el Ministerio de Protección Social, y por medio de la cual se modifica la Norma Técnica para la Atención en Planificación Familiar a Hombres y Mujeres, adoptada mediante Resolución 0769 de 2008.

3.17 DECRETO 2968 DE 2010

Crea la Comisión Nacional para la Promoción y Garantía de los Derechos Sexuales y Reproductivos. Política en Derechos Sexuales y Reproductivos, equidad y violencia basada en género, salud sexual y reproductiva con énfasis en VIH del Ministerio de Defensa Nacional de 2010.

3.18 DIRECTIVA MINISTERIAL 11 DEL 2010 DEL MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL

Esta normatividad, reitera el cumplimiento por parte de la fuerza pública de su obligación de prevenir, en ejercicio de su función, todas las formas de violencia contra las mujeres y las niñas, específicamente los actos sexuales violentos.

3.19 PLAN DE DESARROLLO 2010-2014

Aborda la estructuración de la Política Nacional de Equidad de Género.

3.20 CONPES 140 DE 2011

Modifica el Documento CONPES Social 91 del 2005 “Metas y Estrategias de Colombia para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio-2015”, en lo concerniente a la inclusión de nuevos indicadores y al ajuste en las líneas de base, y metas de algunos de los indicadores inicialmente adoptados y cambios en fuentes de información.

3.21**RESOLUCIÓN 1983 DE 2011 DEL CONSEJO DE SEGURIDAD DE LAS NACIONES UNIDAS**

Destaca la importancia de que los dirigentes civiles y militares apoyen firmemente la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo en relación con el VIH/SIDA.

3.22**LEY 1438 DE 2011**

Por medio de la cual se reforma el Sistema de Seguridad Social. Esta Ley fortalece el SGSSS a través de un modelo de prestación de servicio público.

3.23**DOCUMENTO CONPES 147 DE 2012**

Señala los lineamientos de una estrategia para reducir el embarazo en la adolescencia, enmarcada en los principios señalados en la Constitución Política, las normas relacionadas con la niñez, la infancia y la adolescencia, los DSR; y la protección y garantía de los derechos de todos los niños, niñas, adolescentes y jóvenes desde los 6 hasta los 19 años, incluyendo aquellos que se encuentran en embarazo o que ya son madres o padres.

3.24**RESOLUCIÓN 00459 DE 2012**

Es el documento por medio del cual se adopta el Protocolo y Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual.

3.25**PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA 2012-2021: LA SALUD EN COLOMBIA LA CONSTRUYES TÚ**

Este Plan es una apuesta política por la equidad en salud. El Plan contiene los principios rectores de política y las acciones fundamentales de intervención del entorno, de los comportamientos, de los servicios de salud y de la participación social. Es integral porque se plantea partiendo de dimensiones prioritarias para la vida de toda persona y es dinámico, porque deberá ser reorientado permanentemente a partir de la evaluación de sus propios resultados y de los cambios ocurridos en el entorno social. El Plan incorpora enfoques complementarios: el enfoque de derechos; de género y ciclo de vida; enfoque diferencial y el modelo de Determinantes Sociales de Salud (DS). Se desarrolla mediante estrategias relacionadas con la atención preconcepcional, prenatal, del parto y del puerperio en el marco del sistema obligatorio de garantía de la calidad y estrategias de atención primaria en salud.

3.26**GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA -2013. PARA LA PREVENCIÓN, DETECCIÓN TEMPRANA Y TRATAMIENTO DE LAS COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, PARTO O PUERPERIO**

Busca desarrollar de manera sistemática recomendaciones basadas en la evidencia para la prevención, detección temprana y tratamiento de las alteraciones del embarazo, parto y puerperio con el fin de optimizar la calidad de la atención obstétrica, mejorar la salud materno-fetal y reducir la morbi-mortalidad materno-perinatal.

3.27**RESOLUCIÓN 5521 DE 2013**

En virtud de la cual se actualizan de contenidos del Plan Obligatorio de Salud – POS.



4

MARCO DE CUIDADO - ASPECTOS CONCEPTUALES EN ENFERMERÍA PARA EL CUIDADO DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LAS MUJERES DURANTE LA EDAD FÉRTIL, LA GESTACIÓN, EL PARTO Y EL POSTPARTO

El cuidado de enfermería para el grupo de mujeres durante la etapa fértil, la gestación, el parto y el post-parto deberá sustentarse en protocolos, que basados en la mejor evidencia científica disponible, tengan como referente las teorías de la “Universalidad y Diversidad del Cuidado” de Madeleine Leininger (1991) y la “Teoría de Mediano Rango de Cuidado Humano” de Kristen Swanson (1993). Estos dos referentes teóricos permiten situar al profesional de enfermería en el contexto personal y cultural de la mujer y su familia de tal forma que el cuidado que se brinde sea, no solo congruente con su cultura, sino que a su vez se le valore como sujeto de cuidado.

4.1 **TEORÍA DE KRISTEN SWANSON.**

La teoría de Cuidado de Swanson corresponde a una teoría de mediano rango inspirada en la Teoría de Cuidado Humano de Jean Watson y en su experiencia personal y profesional en el cuidado materno perinatal con pacientes y sus familias (Swanson, 1993a). Esta teoría, proporciona un modelo para brindar el cuidado humano mediante el cual se plantea una interacción con la persona cuidada. La teoría se fue construyendo tras estudios investigativos realizados por Swanson con personas en situaciones críticas que presentaban total dependencia, pero que paulatinamente, recobraban su autonomía y eran capaces de adaptarse y reincorporarse a las actividades de su cotidianidad.

En esta teoría, el cuidado se define como una forma educativa de relacionarse con un ser apreciado, hacia el que se siente un compromiso y una responsabilidad personal (Swanson, 1993b).

Desde esa perspectiva, se reafirma el objetivo de la enfermería en mantener la salud desde el ámbito de la promoción y prevención, hasta las actividades de acompañamiento en las etapas terminales 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.

El valor agregado del enfoque de Swanson estriba en que el cuidado es ofrecido con un alto sentido ético derivado de la calidad humana del profesional que ve al otro como un igual, que es auténtico y que se desarrolla en un contexto al que influye y por el cual es influido.

Esta teoría presenta cinco procesos que se superponen y que son discutidos como dimensiones de un fenómeno: el cuidado. Las dimensiones llamadas también categorías se refieren a: *conocer, estar con, hacer para, permitir, y mantener la creencia* (Swanson, 1991).

• Conocer

En el contexto de la teoría de cuidado de Swanson, se refiere a luchar para entender un evento, según su significado en la vida de otro. En ese 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. En esta primera categoría se comienza con la premisa de que el deseo es entender la realidad personal de la persona cuidada.

Conocer, en el ámbito de la familia de la persona a la que se cuida, exige del profesional de enfermería entender el significado que tiene para las familias las diferentes situaciones que puede enfrentar la mujer durante su período fértil, el proceso gestacional, el parto y el postparto. Es decir, las creencias de sus padres, parejas e hijos, los sentimientos, angustias, reacciones, temores, inseguridades y aspiraciones.

• Estar con

En la teoría del cuidado de Swanson, significa estar emocionalmente presente con el otro. Incluye simplemente “estar ahí”, mostrando una disponibilidad continua y compartiendo sentimientos, sean de alegría o de dolor. *Estar con*, va un paso más allá del conocimiento. Es más que entender la solicitud

de otro: es estar emocionalmente abierto a la realidad del 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.

• Hacer para

Implica en el marco de esta teoría, hacer al otro lo que el profesional de enfermería haría por sí mismo si fuera posible. *Hacer para*, en este tipo de cuidado, es confortar, anticiparse y responder a las necesidades del otro; el *hacer para* debe realizarse hábil y competentemente.

En relación con la familia, *hacer para* implica realizar los cuidados a la mujer para que la familia aprenda. Es disponer de recursos y estrategias para que al tiempo que se cuida, se sirva de ejemplo a la familia.

• Permitir

Significa facilitar el pasaje del otro a través de las transiciones de vida y los eventos no familiares. Un

cuidador que permite, es el que utiliza su conocimiento experto para el mejoramiento del otro. El propósito de *permitir*, es facilitar la capacidad del otro para crecer, curar, y/o practicar el auto-cuidado. *Permitir*, incluye brindar explicaciones, al igual que ofrecer apoyo emocional conforme a los sentimientos del otro. *Permitir*, implica con frecuencia asistir a las personas cuidadas para que el enfoque en sus preocupaciones genere las alternativas, y piensen a través de formas de ver o actuar en una situación.

El *permitir* con las familias de las mujeres durante la etapa fértil, gestacional, del parto y el puerperio, implica por parte del profesional de enfermería, conocer las capacidades y la realidad de dichas familias. A partir de ello desarrollar la preparación requerida para el cuidado de la mujer, el feto y el recién nacido. De igual manera ofrecer las explicaciones e información requeridas teniendo en cuenta la realidad de las mujeres en términos de creencias culturales, tradiciones y limitaciones. Finalmente el *permitir* involucra el seguimiento que el profesional debe hacer a los compromisos adquiridos por la mujer y por su familia en cuanto a su cuidado propiamente dicho.

• Mantener la creencia

Es la dimensión final en el proceso de cuidado para la teoría de Swanson. *Mantener la creencia* es sostener la fe en la capacidad del otro para pasar un evento o transición y enfrentar un futuro con significado. El cuidado que mantiene la creencia, incluye estimar y creer en el otro. El que cuida mantiene una actitud de esperanza (en oposición a la falta de esperanza) y ofrece un optimismo real a medida que “atravesas toda la distancia con la otra persona”. Para la profesión de enfermería, *mantener la creencia*, le permite al profesional abordar las respuestas humanas de las personas que cuidan como aspectos significativos de sus realidades. De esta forma, los profesionales de enfermería buscan ayudar a las personas a obtener, mantener o ganar de nuevo significado en sus experiencias de salud y enfermedad.

La enfermera o el enfermero que cuida a la mujer con el apoyo de la familia, debe sostener la fe en la capacidad del compañero o de la familia para atravesar el evento por el que está pasando, a fin de que se comprendan las implicaciones en cada uno de los procesos que vive.

4.2

TEORÍA DE LA UNIVERSALIDAD Y DIVERSIDAD DEL CUIDADO DE MADELEINE LEININGER

Esta fue la primera enfermera que divisó desde la antropología, la universalidad y diversidad del cuidado. Su teoría ha venido incentivando a profesionales de enfermería para que desde diversas perspectivas culturales, se identifique lo que las personas sienten, piensan y hacen en torno a su propio cuidado de la salud (Leininger, 1991). Al comprender, desde cada cultura ese cuidado, se podrá expresar bajo los modos de promoción y mantenimiento de la salud, las distintas maneras en que se previene y se enfrenta la enfermedad y las formas terapéuticas de abordarla. Cada persona, cada grupo o sub-grupo tiene sus propias prácticas, creencias, valores y tradiciones. No es posible homogeneizar el cuidado ni pensar que las prácticas de una cultura sean válidas para las demás (Vásquez, 2002).

Sin embargo, para acercarse a descubrir esa manera particular como las personas en cada una de sus culturas se cuidan, es preciso situarse en el esquema comprensivo que considera a las personas como

expertas, que conocen sus propias formas de cuidarse y por tanto la interpretación de su experiencia puede ayudar a los profesionales de enfermería a descubrir su mundo social, constituido por significados simbólicos observables en los actos, interacciones y lenguaje de los seres humanos. Desde ese enfoque la realidad es subjetiva y múltiple y puede verse desde diferentes perspectivas; los significados también son múltiples y se derivan de las percepciones, experiencias y acciones en relación con los contextos sociales y culturales.

Leininger (1978) insta a buscar, descubrir, comprender e interpretar las circunstancias del comportamiento de las personas en torno al cuidado. En esa búsqueda juiciosa, las mismas personas se comprometen con los profesionales de enfermería a develar sus significados y a enseñar propositivamente las creencias y prácticas que guían sus modos de pensar y de actuar frente al cuidado de su salud (Vásquez, 2006). En ese contexto la teoría de la universalidad y diversidad del cuidado cultural propuesta por Leininger (2002), permite llegar a estas comprensiones:

1. Es una teoría centrada alrededor de la cultura, del cuidado, del bienestar, de la salud, la enfermedad y la muerte.
2. Es la única teoría centrada en el cuidado comparativo de las culturas.
3. Es la teoría más holística y más multidimensional para descubrir cuidado cultural específico y multifacético, con base en significados y prácticas.
4. Le asigna a los profesionales de enfermería, como principal función, descubrir las diversidades y universalidades culturales del cuidado.
5. Tiene abstracciones y características prácticas en los tres modos de acción para entregar cuidado culturalmente lógico desde la visión de las personas.

Lo anterior lleva a cuidar a la mujer durante su edad fértil, la gestación, el parto y postparto, considerando las prácticas universales y particulares en los diferentes contextos donde se ofrezca el cuidado desde la perspectiva de su salud sexual y reproductiva. El profesional de enfermería podrá, así, ser un mediador entre el sistema de cuidado popular —el de las mujeres y sus familias— y el sistema profesional para construir una atención cultural congruente. En ese orden, los profesionales de enfermería deben cualificarse para que logren ofrecer el cuidado conforme a las necesidades de las personas que tienen valores culturales y estilos de vida diferentes.

Leininger (2002) reconoce que el concepto de cultura ha sido ampliamente estudiado por la antropología y propone utilizar la siguiente definición de cultura:

Creencias, valores y estilos de vida aprendidos y compartidos en un grupo designado o particular, que generalmente se transmiten de generación en generación e influyen en nuestras maneras de pensar y actuar.

Esto implica que se debe aprender sobre cómo viven las personas, cómo hablan, qué usan, cómo lo usan y para qué lo usan (Leininger, 2002). Un aspecto final que es necesario abordar, es que desde la teoría de Leininger lo que en últimas se propone es ofrecer un cuidado sensible que convenga y muestre competencia cultural a las personas. Leininger (1995) se refiere al cuidado culturalmente congruente como:

Aquellos actos o decisiones que se basan de una manera relativa en el conocimiento, en la ayuda, la facilidad de apoyo o actos permisivos o de decisión que generalmente se diseñan para que coincidan con los valores culturales, las creencias y los estilos de vida de un individuo, un grupo o una institución, con el fin de proporcionar un cuidado significativo, beneficioso y satisfactorio que lleve a la salud y al bienestar.

Desde esta clave de interpretación es posible evitar los choques culturales, es decir, el resultado que se produce entre los profesionales de la salud y los individuos a quienes se cuida, cuando las acciones de enfermería no correspondan con las expectativas, creencias, valores y normas de las personas.

Las teorías de Swanson y Leininger tienen puntos de convergencia a partir de los supuestos que presentan las autoras: ambas tienen en cuenta a la persona como un ser humano que se cuida y es capaz de interesarse por otros; aunque los cuidados de los seres humanos son universales, las formas de cuidar varían según las culturas; el cuidado según Leininger, son las acciones dirigidas a la asistencia, al apoyo o a la capacitación de otras personas o grupos que muestran necesidades evidentes o potenciales con el fin de atenuar o mejorar su situación o modo de vida. Para Swanson, los cuidados son una forma educativa de relacionarse con un ser apreciado hacia el que se siente un compromiso y una responsabilidad personal. En este sentido, “cuidar” se ha ligado al concepto de salud como expansión de salud y bienestar. La

convergencia se observa en que ambos enfoques se orientan hacia el restablecimiento del bienestar que en este marco conceptual tiene como foco las mujeres durante la etapa fértil, la gestación, el parto y el postparto —incluido el recién nacido—.

Las dos teorías comparten una visión paradigmática interactiva–integrativa que corresponde a la visión filosófica de reciprocidad. Esta visión, mira los fenómenos como contruidos por múltiples partes interrelacionadas con el contexto. Explica el fenómeno teniendo en cuenta la interrelación entre las partes e influencia del contexto y mira a las personas como seres holísticos.

A pesar de que su nivel de abstracción es diferente —abstracta y concreta— tienen puntos de concordancia que las hace interactuar, permitiendo

en los protocolos de enfermería proporcionar un cuidado integral y teniendo en cuenta las necesidades de los otros. Las cinco dimensiones que conforman la teoría de los cuidados de Swanson y los tres modos de cuidado de Leininger, convergen en el interés que se tiene por el bienestar, de las mujeres, familias y niños, ubicando al profesional de enfermería en el lugar de las personas que cuida, valorando sus creencias, comprendiendo los significados que dan al cuidado y ayudándoles a

transitar de un evento a otro, para que sean capaces de crecer y practicar el auto-cuidado principalmente para la promoción de su salud y la prevención de la enfermedad.

La interrelación entre las dos teorías se da entre “Mantener las creencias” y “hacer por”, incluyendo adelantarse a las necesidades, confortar, actuar con habilidad y competencia y proteger al que es cuidado, respetando su dignidad.



5

METODOLOGÍA

La búsqueda y revisión de la evidencia científica en cada uno de los protocolos se enfocó a identificar la mejor evidencia de acuerdo con los criterios de Joanna Briggs (The Joanna Briggs Institute, 2003, 2008). En ese sentido, se definieron en orden los aspectos que a continuación se enuncian:

5.1

PROTOCOLO DE BÚSQUEDA

1. Metodología de búsqueda.
2. Bases de datos consultadas.
3. Período de búsqueda.
4. Palabras claves / descriptores.
5. Criterios de inclusión / exclusión de artículos.
6. Estrategia de búsqueda.
7. Síntesis de la evidencia científica.

5.2

METODOLOGÍA DE LA BÚSQUEDA

La búsqueda estuvo orientada a obtener información precisa —que guardara concordancia entre lo buscado y lo hallado—; exhaustiva, en el sentido que proveyera los máximos resultados sobre la búsqueda específica; disponible en las bases de datos y libre de sesgos en la selección. No se consultó literatura gris.

5.3 BASES DE DATOS

Se consultaron las siguientes fuentes electrónicas de información biomédica y tesauros especializados como el MESH Y el DEC S y las bases de datos: PubMed, Scielo, Scientific Electronic Library Online, Cochrane, Medline, Pan American Health Organization Database Search (OPS), Medline, Lilacs, Scielo Colombia, Dialnet, Pro-quest, Repositorio Universidad Nacional de Colombia, Eureka y Google académico. Se accedió mediante el Sistema Nacional de Bibliotecas de la Universidad del Valle, Universidad Nacional de Colombia, la Universidad de la Sabana. Además se consultaron revistas electrónicas indexadas: Journal of Nursing y Avances en Enfermería.

Los tipos de documentos recuperados de las bases de datos fueron: guías de práctica clínica publicadas previamente sobre ese tema, revisiones sistemáticas, meta análisis, ensayos clínicos aleatorizados, artículos originales, estudios de casos y controles, de cohortes, estudios comparativos, estudios descriptivos cuantitativos, cualitativos y protocolos de cuidado.

Se decidió incluir publicaciones en inglés, español y portugués. En total se recuperaron 260 publicaciones de artículos científicos para el protocolo de la mujer gestante, 111 para el protocolo de partos y para el protocolo de la mujer en edad fértil 103. Estos se analizaron de forma detallada y se seleccionaron acorde con la temática de interés y el nivel de evidencia, privilegiando los estudios cuantitativos con metodología de meta-análisis, experimentales, casos y controles, o estudios de cohorte y las revisiones sistemáticas de literatura, descartando los que tuvieran un enfoque diferente a las necesidades planteadas en cada protocolo de cuidado.

5.4 PERÍODO DE BÚSQUEDA

Se realizó una búsqueda bibliográfica entre junio y agosto de 2013 en los tesauros Mesh y DeCs, utilizando los descriptores correspondientes para cada tesoro; además de escritura científica, revisiones, mapas conceptuales y lectura crítica. En la búsqueda inicial para el protocolo de la mujer gestante, los registros obtenidos fueron 7.058; de ellos se seleccionaron 260 con texto completo de los últimos cinco años tras la combinación de las diferentes palabras clave y los operadores booleanos; finalmente, los artículos que soportan la evidencia para el protocolo fueron 52. Para el protocolo de partos, los registros obtenidos inicialmente fueron 9.118; se seleccionaron con texto completo de los últimos cinco años 641; al final, se estudiaron 111, los artículos que soportan la evidencia para el protocolo fueron 51. Para el protocolo de la mujer en edad fértil los registros obtenidos en la primera búsqueda fueron 6.200, seleccionados en los últimos cinco años 240 y los que soportan la evidencia del protocolo 17.

5.5 PALABRAS CLAVE/DESCRIPTORES

En primera instancia, se utilizaron descriptores validados a partir del Medical Subjects Heading (MESH) de la Biblioteca de Medicina de los Estados Unidos de Norteamérica y la posibilidad de recuperar documentos con información precisa al tema. En el caso de no encontrar resultados a partir del descriptor inicial o que estos no fueran suficientes para cubrir las necesidades del desarrollo de la guía, se abrió el abanico de posibilidades de búsqueda y recuperación de la información, a partir del uso de palabras clave y términos relacionados. Estas palabras clave se describen en cada protocolo.

Se realizó un análisis cualitativo de la información ponderado por la calidad metodológica, tanto de las fuentes primarias como del soporte bibliográfico de revisiones y consensos, para elaborar las conclusiones, en grados de evidencia y niveles de recomendación, que soportan la presente actualización. El proceso final de la búsqueda y la selección de referencias se presentan en cada protocolo.

5.6 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Se consideraron como criterios de inclusión en la selección de los documentos que fueran: escritos en idioma inglés, español o portugués; publicados durante los últimos cinco años; enfocados a la temática del protocolo, realizados en humanos y en texto completo. Se excluyeron todos los artículos que no cumplieron con los criterios de inclusión y con menor grado de evidencia científica.

5.7 ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA

Se realizó en tres etapas: La primera consistió en buscar guías y protocolos de práctica clínica relacionadas con el tema de cuidado de la mujer gestante, de la mujer durante el parto y la mujer en edad fértil en la base de datos de PubMed. La segunda etapa consistió en buscar la mejor evidencia de guías y protocolos de práctica clínica en los tesauros Mesh y DeCs y al haberse encontrado pocos documentos de utilidad, se procedió a buscar guías de práctica clínica en sitios Web especializados. La tercera etapa consistió en realizar una búsqueda de revisiones sistemáticas en la Biblioteca Cochrane, relacionadas con los temas del protocolo. Una vez seleccionados los artículos relevantes con evidencia científica, se procedió a la lectura crítica y cuidadosa y a la elaboración de fichas de análisis de artículos científicos, valorando la calidad metodológica de cada uno de ellos.

5.8 RESULTADOS

Los resultados de la mejor evidencia se presentan en cada protocolo.

5.9 NIVELES DE EVIDENCIA Y GRADOS DE RECOMENDACIÓN

El Instituto Joanna Briggs (IJB), de Australia es una organización comprometida con la práctica de cuidados basados en la evidencia a nivel mundial, mediante la evaluación de la evidencia científica, divulgación de la mejor evidencia disponible, su implementación en la práctica clínica y la evaluación del impacto en los cuidados. Para el diseño de los tres protocolos se siguieron los niveles de evidencia y grados de recomendación sugeridos por el IJB (Joanna Briggs Institute, 2013) y cuyas definiciones se presentan en la siguiente tabla:

TABLA 1. Niveles de evidencia y Grados de Recomendación

NIVELES DE EVIDENCIA	
Nivel I	Evidencia obtenida de una revisión sistemática meta-síntesis, meta-análisis (de todos los ensayos clínicos relevantes con asignación aleatoria).
Nivel II	Evidencia obtenida de, al menos, un ensayo clínico con asignación aleatoria bien diseñado.
Nivel III.1	Evidencia obtenida de ensayos clínicos sin asignación aleatoria bien diseñados.
Nivel III.2	Evidencia obtenida de estudios comparativos con control histórico, dos o más estudios con grupo único, o de series temporales interrumpidas con grupo control paralelo.
Nivel III.3	Evidencia obtenida de estudios comparativos con control histórico, dos o más estudios con grupo único, o de series temporales interrumpidas sin grupo control paralelo.
Nivel IV	Evidencia obtenida de estudios de series de casos pre y post test, o solo post test. Consenso del grupo, guías prácticas, estudios descriptivos.
GRADOS DE RECOMENDACIÓN	
Grado A	Efectividad demostrada para su aplicación.
Grado B	Grado de efectividad establecido que indica considerar la aplicación de sus resultados.
Grado C	Efectividad no demostrada.

Fuente: The Joanna Briggs Institute - 2003

En el texto de estandarización de los procesos, se hace referencia al Nivel de Evidencia como N, anotando el punto de la escala donde se ubica, y el Grado de Recomendación como GR, anotando si es de tipo A, B o C.

5.10 USUARIOS

Profesionales de enfermería que tienen bajo su responsabilidad el cuidado de la SSR de las mujeres en edad reproductiva.

5.11 POBLACIÓN DIANA

Población de mujeres en edad reproductiva.





GLOSARIO DE TÉRMINOS

- **Adulto menor**

Son llamados púberes o menores adultos, los varones y las mujeres que se encuentran entre los catorce y los diecisiete años de edad. El Código Civil Colombiano, al regular la capacidad de las personas estableció en su Artículo 1504 la incapacidad absoluta —entre otros— para los impúberes, pero no para los menores adultos quienes son considerados como incapaces relativos en cuanto a que sus actos pueden tener valor en ciertas circunstancias y bajo ciertos aspectos determinados por la ley. La incapacidad de hecho relativa implica que aquellos a quienes alcanza, pueden realizar por sí mismos algunos actos jurídicos.

- **Anticoncepción**

Serie de medidas para evitar la fecundidad en mujeres que desean impedir o aplazar una gestación por motivos personales o de salud.

- **Anticoncepción de emergencia**

Se refiere a los métodos de anticoncepción que pueden usar las mujeres para impedir la gestación, después de una relación sexual no protegida.

- **Atención con enfoque de riesgo**

El enfoque de riesgo es una estrategia de trabajo para el cuidado de la salud de las personas, las familias y las comunidades —basado en el concepto de riesgo—. Este se define como la probabilidad que tiene un individuo o un grupo de individuos de sufrir en el futuro un daño en su salud. El enfoque de riesgo se basa en la observación de que no todas las personas tienen la misma probabilidad o riesgo de enfermar y morir, sino que para algunas esta probabilidad es mayor que para otras. Esta diferencia establece distintas necesidades de cuidado, que van desde un mínimo para los individuos con bajo riesgo o

baja probabilidad de presentar un daño, hasta un máximo, necesario solo para aquellos con alta probabilidad de sufrir en el futuro alteraciones en su salud. Esto supone cuidados no igualitarios de la salud y el uso racional de los recursos existentes por niveles de atención.

- **Atención del parto**

Conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones, para la atención de las mujeres gestantes en los procesos fisiológicos y dinámicos del trabajo de parto, expulsión del feto vivo o muerto, con 20 o más semanas de gestación, alumbramiento y puerperio inmediato. Atención perinatal de calidad, proporcionando los cuidados personalizados e integrales a través de instrumentar las etapas del “Proceso de Atención de Enfermería” (valoración, planeación, ejecución, y evaluación).

- **Consentimiento informado**

Es el registro escrito en un documento legal, de la decisión adoptada por los usuarios, autorizando en forma libre y voluntaria la realización de un procedimiento quirúrgico o de laboratorio, a partir del conocimiento de los riesgos y beneficios de dicho acto. Refleja una decisión tomada sin presiones, con información suficientemente clara y oportuna. Se diligencia cuando el usuario finaliza el proceso de consejería y siempre antes de que se ejecute el procedimiento.

- **Criterio de elegibilidad**

Para efectos de este protocolo, entiéndase criterio de elegibilidad como el conocimiento basado en la evidencia científica sobre las condiciones fisiológicas o de salud de las mujeres que se pueden constituir en condicionantes o limitantes para el uso de algunos métodos anticonceptivos. También se relaciona con el conocimiento científico alrededor de los procesos fisiológicos de la reproducción humana y de la tecnología anticonceptiva, que le otorgan criterio al profesional de enfermería para indicar a las usuarias el uso de un determinado método anticonceptivo.

- **Cuidado, desde enfermería de la salud de la mujer gestante el recién nacido en el proceso de trabajo de parto, parto y puerperio**

Es un conjunto de acciones y guías de actuación establecidas y descritas cronológicamente, que deben ser llevadas a cabo por el personal profesional de enfermería para el cuidado de la salud de la mujer gestante y el recién nacido durante el trabajo de parto, el parto y el puerperio.

- **Cuidado de enfermería materna-perinatal**

Interacción que se ejerce entre enfermera, madre, perinato y familia, se comparten conocimientos, experiencias y habilidades y percepciones acerca del significado del cuidado y se generan compromisos para mantener la salud y la calidad de vida, asegurando la satisfacción recíproca del conjunto de las necesidades de estos en la cotidianidad.

- **Curso de preparación para la maternidad y la paternidad**

Es un encuentro de padres y madres gestantes para compartir conocimientos, experiencias y auto cuidado, alrededor de la gestación, el parto y el postparto, aclarar dudas, vencer miedos y temores, realizar ejercicios, físicos, de respiración y de relajación, practicar terapias alternativas como: musicoterapia, manejo de las contracciones uterinas, con el fin de que las mamás y papás se sientan preparados para asumir la maternidad y la paternidad.

- **Derecho humano**

Conjunto de instrumentos, normas, reglas y mecanismos que regulan y controlan las relaciones mutuas entre las personas, los grupos, las comunidades, los pueblos, el estado y las naciones.

- **Derechos sexuales y reproductivos**

Son ciertos derechos humanos internacionalmente reconocidos, que garantizan el desarrollo libre, sano, seguro y satisfactorio de la vida sexual y reproductiva y la convivencia sexual. Son derechos y libertades fundamentales que corresponden a todas las personas, sin discriminación y que permiten adoptar libremente decisiones sobre su cuerpo su sexualidad y su vida.

- **Elección informada**

Tomar libremente una decisión basada en información útil y precisa en relación a su salud sexual y reproductiva.

- **Enfermedad de transmisión sexual**

Término dado al grupo de enfermedades que afectan tanto al hombre como a la mujer y que generalmente se transmiten mediante la actividad sexual.

- **Factores protectores**

Son características personales, del ambiente, sociales, culturales y psico-afectivas que favorecen la salud y el bienestar de la gestante y su hijo por nacer.

- **Factores de riesgo**

Son los factores de riesgo características o circunstancias personales, ambientales, o sociales, de los individuos o grupos, asociados con un aumento de la probabilidad de morir o sufrir un daño grave tras el embarazo o el parto.

- **Fidelidad o monogamia mutua**

Tener relaciones sexuales siempre con la misma persona. Esta persona tampoco debe tener relaciones sexuales con otras personas ni debe ser portadora de ninguna ITS.

- **Gestación no deseada**

Mujer que queda en gestación sin desearlo.

- **Grupo LGBTBI**

Grupo conformado por personas lesbianas, gays, transexuales, bisexuales, intersexuales.

- **Necesidades de cuidado**

Son los requerimientos expresados por las gestantes e identificados por el profesional de Enfermería en el cuidado de la gestante y su hijo por nacer para su bienestar. Estas pueden ser diferentes de acuerdo con el trimestre de gestación.

- **Parto normal**

Se define parto normal como aquel que se inicia de forma espontánea en una gestante sin factores de riesgo durante la gestación, entre las 37ª y 42ª semanas y que, tras una evolución fisiológica de la dilatación y el parto, termina con el nacimiento de un recién nacido normal que se adapta de forma adecuada a la vida extrauterina. El alumbramiento y el puerperio inmediato deben, igualmente, evolucionar de forma fisiológica.

- **Prácticas de cuidado**

Son actividades que realizan las mujeres con ellas mismas y sus hijos por nacer, durante el proceso prenatal con el fin de seguir viviendo, mantener la salud, atender sus enfermedades y conservar su bienestar y el de su hijo por nacer. Comprende lo que las gestantes hacen para cuidarse y cómo lo hacen.

- **Primer trimestre de la gestación**

Período comprendido entre el inicio de la gestación hasta la semana 13.

- **Riesgo**

Es la probabilidad de que ocurra un evento; factor de riesgo es la condición biológica psicológica o social que aumenta la probabilidad de ocurrencia de un evento adverso.

- **Riesgo obstétrico**

Presencia de un factor de riesgo que puede manifestarse con ciertas complicaciones para la madre o el fruto de la concepción durante la gestación, el parto o el puerperio.

- **Segundo trimestre de la gestación**

Período comprendido entre la semana 14 y la semana 28 de gestación.

- **Síndrome**

Grupo de signos o síntomas que colectivamente son indicativos de alguna enfermedad en particular o cierta condición anormal.

- **Tercer trimestre de la gestación**

Período comprendido entre la semana 29 y 40 de gestación.





BIBLIOGRAFÍA

-
- Abhishek, S. Ashisd, S. y Bidhubhusan, M. (2013). The Consequences of Unintended Pregnancy for Maternal and Child Health in Rural India: Evidence from Prospective Data. *Matern Child Health J*, 17, 493-500.
- Agudelo A., A., y Montoya, J. G., (2002). *Infecciones Propias de la Mujer*. Cali: Feriva.
- Allan Guttmacher Institute (2011). *Embarazo no deseado y aborto inducido en Colombia, causas y consecuencias*. Recuperado de: [http:// www.guttmacher.org/pubs/Embarazo-no-deseado-Colombia.pdf](http://www.guttmacher.org/pubs/Embarazo-no-deseado-Colombia.pdf)
- Alta Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer (agosto 2011). Embarazo y maternidad de adolescentes en Colombia – ENDS 2010. Recuperado el 3 de octubre de 2013, de: [http:// www.equidadmujer.gov.co/OAG/Documents/Salud-Estado-Embarazo-maternidad-Adolecentes.pdf](http://www.equidadmujer.gov.co/OAG/Documents/Salud-Estado-Embarazo-maternidad-Adolecentes.pdf)
- Barragán, F. y Alfonso, M. (2010). Lineamientos de política pública para la prevención, protección, atención y sanción de las violencias basadas en género y contra las mujeres en Colombia. Recuperado el 1 de abril de 2014, de: <http://www.equidadmujer.gov.co/Normativa/PoliticaPublica/LineamientosPolitica.pdf>
- Bencaiova, G. y Burkhardt, T. (2012). Anemia—prevalence and risk factors in pregnancy. *European Journal of Internal Medicine*, 23, 529-533.
- Berner, W., Briken, P. y Hill, A. (marzo-abril 2009). Diccionario del placer: de la A de amígdala a la V de viagra, el cerebro es nuestro órgano sexual más importante. *Investigación y Ciencia. Mente y Cerebro*, (35).

- Bosch, F. X., y otros. (1995). Prevalence of human papilloma virus in cervical cancer: a worldwide perspective. International biological study on cervical cancer (IBSCC) Study Group. *J Natl Cancer Inst*, 97(11),796-802.
- Castelo-Blanco Flores, C., De la Gandara Martín, J. J. y Puuigvert Martínez, A. (2005). *Sexualidad humana: una aproximación integral*. Buenos Aires y Madrid: Médica Panamericana.
- Carreño, P. (2011). Comportamiento de la violencia intrafamiliar. Recuperado el 1 de abril de 2014, de: <http://www.medicinalegal.gov.co/images/stories/root/FORENSIS/2011/4-F-11-VIF.pdf>
- Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP), Organización Mundial de la Salud (OMS) y Organización Panamericana de la Salud (OPS). *Partograma*. Recuperado en abril 2014, de: <http://www.nacer.udea.edu.co/pdf/guias/partograma.pdf>
- Cibanal J., L., Arce S, M.C., y Carballal, M. (2003). *Técnicas de Comunicación y Relación de Ayuda en Ciencias de la Salud*. Madrid: Elsevier.
- Cifuentes Rodríguez, R. (2006) (6ª Ed.). *Obstetricia de Alto Riesgo*. Ed. Distribuna.
- Corte Constitucional de la República de Colombia. Sentencia C-355 de 2006 (M.P.: Jaime Araujo Rentería y Clara Inés Vargas Hernández).
- Defensoría del Pueblo. (27 de enero de 1999). Vivencia de la sexualidad. Derechos humanos de las mujeres. El disfrute y el dolor. *Su defensor*, 6(50).
- Defensoría del Pueblo, Profamilia, Organización Internacional para las Migraciones –OIM (2007) Módulo de la A a la Z en Derechos Sexuales y Reproductivos. Recuperado el 17 de agosto de 2013, de: http://www.unfpa.org.co/uploadUN-FPA/file/Modulo_de_la_a_a_la_z_en_derechos_sexuales_y_reproductivos_.pdf
- Departamento Nacional de Estadística (DANE). (2005). *Sistema de Estadísticas Vitales*. Bogotá: Autor.
- Departamento Nacional de Estadística (DANE) y Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS). (2013). *Tercer Informe de Seguimiento de Milenio, a partir de datos crudos del Sistema de Estadísticas Vitales -EEVV*. Bogotá: DANE.
- Departamento Nacional de Planeación (DNP), y otros (marzo de 2005). Documento CONPES Social 91. Metas y estrategias de Colombia para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio – 2015. República de Colombia.

Departamento Nacional de Planeación (DNP), y otros (marzo de 2011). Documento CONPES Social 140. Modificación a CONPES Social 91: Metas y estrategias de Colombia para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio – 2015. República de Colombia.

Departamento Nacional de Planeación (DNP), y otros (enero de 2012). Documento CONPES Social 147. Lineamientos para el desarrollo de una estrategia para la prevención del embarazo en la adolescencia y la promoción de proyectos de vida para los niños, niñas, adolescentes y jóvenes en edades entre 6 y 19 años. República de Colombia.

Desseauve, D. y Chantrel, J. (2012). Prevalence and risk factors of bacterial vaginosis during the first trimester of pregnancy in a large French population-based study. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 163, 30-34.

Dickson, N. (1996). A theory of caring for midwifery. *Australian College of Midwives Incorporates Journal- CMI Journal*, 10(2), 23-28.

Dudasa, R., Csator dai, B. y Sarolta. (2012). Obstetric and psychosocial risk factors for depressive symptoms during pregnancy. *Psychiatry Research*, 200, 323-325.

Espinosa, B. (2008). *Cuerpos y diversidad sexual: Aportes para la sexualidad y el reconocimiento*. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana.

Farr, S., Hayes, D., Bitsko, R., Bansil, P. y Dietz, P. (2011). Depression, diabetes, and chronic disease risk factors among US women of reproductive age. *Prev Chronic Dis*, 8, A119.

Fascina, R. H., De Mucio, B., Díaz Rossello, J. L., Martínez, G. y Serruya, S. (2010/1573) (2ª Ed.). *Salud sexual y reproductiva: Guías para el continuo de atención de la mujer y el recién nacido focalizadas en APS.: Guía para la práctica básica*. Montevideo: CLAP y SMR.

Flórez, C. E y Soto, V. E. (2006). Fecundidad Adolescente y Desigualdad en Colombia. *Notas de Población*, (83). Recuperado de: <http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/9/30029/lcg2340-P2.pdf>

Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). (2011) *Justicia Constitucional: Mujeres y género*. Recuperado el 17 de agosto de 2013, de: http://www.unfpa.org.co/uploadUNFPA/file/justiciaconstitucional_web.pdf

- Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) /Grupo Interagencial. (2011). *El Estado de las Parteras en el Mundo: cuidar la salud, salvar vidas*. Recuperado de: http://www.unfpa.org/sowmy/resources/docs/main_report/es_SoWMy_Full.pdf
- Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). (2011). *Marco ético de los derechos humanos, sexuales y reproductivos en el contexto nacional e internacional*. Recuperado el 17 de agosto de 2013, de: http://www.unfpa.org.co/uploadUNFPA/file/MARCO_ETICO_FINAL.pdf
- Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). (2013). *Política en Derechos Sexuales y Reproductivos, Equidad y Violencia Basada en Género, Salud Sexual y Reproductiva, con Énfasis en VIH*. Recuperado el 17 de agosto de 2013, de: http://www.unfpa.org.co/uploadUNFPA/file/politcaSSRMDN_
- Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), Colombia. (2013). *Las muertes maternas se redujeron a la mitad en 20 años, pero es necesario acelerar el progreso*. Recuperado de: <http://www.unfpa.org/public/home/mothers.2013>
- Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y Ministerio de Defensa/ Programa Integral contra violencias de género (2011). *Prevención de la violencia sexual. Protección de la mujer y Derecho Internacional Humanitario*. Recuperado el 17 de agosto de 2013, de: http://unfpa.org.co/uploadUNFPA/file/dih_ffmm_web.pdf
- Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y Ministerio de la Protección Social (2011). *Guía de prevención de VIH. Jóvenes en contextos de vulnerabilidad*. Recuperado el 17 de agosto de 2013, de: <http://www.unfpa.org.co/uploadUNFPA/file/PUB2011/VIH/JOVENES.pdf>
- Foucault, M. (2006). *El uso de los placeres*. Madrid: Siglo XXI Editores S.A.
- Foucault, M. y Guíñazú, U. (2006). *Historia de la sexualidad*. Madrid: Siglo XXI Editores S.A.España.
- Guana, M. (2009). *Enfermería Gineco-obstétrica*. México: McGraw-Hill Interamericana.
- Hayes, D., Fan, A., Smith, R. y Bombard, J. (2011). Trends in selected chronic conditions and behavioral risk factor surveillance system, 2001–2009. *Prev Chronic Dis*, 8, A120.

- Hyde, J. S., DeLamater, J. D., Olivares Bari, S. M. y Padilla Sierra, G. E. (2006) (9ª Ed.). *Sexualidad Humana*. México: McGraw-Hill Interamericana.
- Khairani, O., Suriati, H. y Noorazimah, M. (2010). Adolescent pregnancy outcomes and risk factors in Malaysia. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 111, 220–223.
- Karcaaltincaba, D., Buyukkaragoz, B., Kandemir, O., Serdar, Y., Kiykac-Altinba, S., Haberal, A. (2010). Tolerance in 1653 Teenage Pregnancies: Prevalence, Risk Factors and Pregnancy Outcomes. *J Pediatr Adolesc Gynecol*, 24(2), 62-65.
- Kurdo, L. M., Allsworth, J. E., Redding, C. A., Blume J. D. y Peipert J. F. (2008). Is a previous unplanned pregnancy a risk factor for a subsequent unplanned pregnancy? *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 199(5), 517.e1-7. doi: 10.1016/j.ajog.2008.03.049.
- Laza V., C. y Ruiz de C., C.E. (2010). Entre la necesidad y la fe. La partera tradicional en el Valle del Río Cimitarra. *Ciencia y Enfermería*, XVI(1), 69-76.
- Leininger, M. (1978). *Transcultural nursing: concepts, theories and practices*. New York: John Wiley and Sons.
- Leininger, M. (1991). *Culture care diversity and universality: a theory of nursing*. New York: Nacional League for Nursing Pres.
- Leininger, M. (1995). “Transcultural nursing: perspectives: basic concepts, principles and culture care incidents”. En: *Transcultural nursing*. New York: Mc Graw-Hill.
- Leininger, M. (2002). Culture care. A major contribution to advance transcultural nursing knowledge and practices. *J TranscultNurs*, 13, 189-192.
- Londoño, M. L. (Junio de 1996). *Derechos Sexuales y Reproductivos*. Cali: Feriva.
- Looker A., Dallman P., Carroll M., Gunter E. y Johnson, C. L. (1997). Prevalence of iron deficiency in the United States. *JAMA*, 6, 277-973.
- Macinko, J. Montenegro, H. Nebot, A., Etienne, C, y Grupo de trabajo de Atención Primaria de Salud de la OPS. (2007). La Renovación de la Atención Primaria en Salud en las Américas. Informe Especial. *Rev Panam Salud Publica*, 21(2/3). 73-84. Recuperado de: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v21n2-3/03.pdf>

- Macintoch, M., y otros. (2006). Perinatal mortality and congenital anomalies in babies of women with type 1 or type 2 diabetes in England, Wales, and Northern Ireland: population based study. *BMJ*, 333,177.
- Mackenbach, J. P. y M. A. McKee. (2013). A comparative analysis of health policy performance in 43 European countries. *Eur J Public Health*, 23(2),195-201.
- Ministerio de Defensa Nacional. Directiva Ministerial 11 del 2010. (2010). *Protocolo para la fuerza pública en el manejo de la violencia sexual con énfasis en la violencia sexual con ocasión del conflicto armado*. Recuperado el 4 de agosto de 2009, de: [http:// www.unfpa.org.co/portal/uploadUNFPA/file/PUB2011/protocolo-ddhh-0711012-PANTONE-300pm%20%281%29.pdf](http://www.unfpa.org.co/portal/uploadUNFPA/file/PUB2011/protocolo-ddhh-0711012-PANTONE-300pm%20%281%29.pdf)
- Ministerio de Salud/ Dirección General de Promoción y Prevención. (2000). Norma Técnica para la detección temprana de las Alteraciones del Embarazo. República de Colombia.
- Ministerio de la Protección Social. (2002). *Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2002-2006*. Recuperado de: <http://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/wpccontent/Sites/Subportal%20del%20Ciudadano/Equidad%20de%20G%C3%A9nero/Secciones/Plantillas%20Gen%C3%A9ricas/Documentos/2011/Sem%20Comunicaci%C3%B3n%20Equidad/060%20Pol%C3%ADtica%20nacional%20de%20salud%20sexual%20y%20reproductiva.pdf>
- Ministerio de la Protección Social. (diciembre 2006). *Norma técnica para la Interrupción Voluntaria del Embarazo, IVE*. República de Colombia.
- Ministerio de la Protección Social. (2007a). *Guía para la Atención del Parto*. Bogotá: Ministerio de la Protección social, República de Colombia.
- Ministerio de la Protección Social. (2007b). *Guía para la Atención del Recién Nacido*. Bogotá: Ministerio de la Protección Social, República de Colombia.
- Ministerio de la Protección Social. (2007c). *Guías de promoción de la salud y prevención de enfermedades en la salud pública. Guía para la detección temprana de las alteraciones del embarazo*. Bogotá: Ministerio de la Protección Social, República de Colombia.

Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS). (2011). *Resumen de la Situación de la epidemia por VIH/SIDA en Colombia 1983 a 2011*. Recuperado de: http://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/observatoriovih/documentos/monitoreo_evaluacion/1_vigilancia_salud_publica/a_situacion_epidemiologica/RESUMEN%20EPIDEMIA%20VIH%20FINAL%2021%20mayo_2012.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS). (2012a). *Informe mundial de avances en la lucha contra el SIDA, Colombia. Informe Nacional. República de Colombia*. Recuperado el 8 de septiembre de 2013, de: [http://www.onusida-latina.org/images/2012/mayo/ce_CO_Narrative_Report\[1\].pdf](http://www.onusida-latina.org/images/2012/mayo/ce_CO_Narrative_Report[1].pdf)

Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS). (2012b). *Perfil Epidemiológico del VIH/Sida en Colombia*. Recuperado de: http://www.minsalud.gov.co/salud/documents/observatorio_vih/documentos/monitoreoevaluacion/1vigilancia_saludpublica/asituacionepidemiologica/perfilepidemiologicovihcolombiaa2011_21mayo2012.pdf

Ministerio de Salud y de Protección Social (MSPS) y Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2012c) (3ª Ed.). *Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia. Libro Clínico*. Bogotá: República de Colombia.

Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS). (julio 2012). *Lineamientos Técnicos y Operativos para la Vacunación Contra el Virus del Papiloma Humano (VPH), Primera Fase*. Recuperado el 5 de noviembre de 2013. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/Documents%20y%20Publicaciones/Lineamientos%20t%C3%A9cnicos%20y%20operativos%20para%20la%20vacunaci%C3%B3n%20contra%20VPH.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS). (2013). *Plan decenal de Salud Pública 2012-2021*. Recuperado de: <http://www.minsalud.gov.co/Documents%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20-%20Documento%20en%20consulta%20para%20aprobaci%C3%B3n.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS). (agosto 2013). *Informe Objetivos de Desarrollo del Milenio 2012, Objetivo 5. Mejorar la Salud Materna. Sistema de Seguimiento para el Logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, Ministerio de Salud y Protección Social (2013). Guías de Práctica Clínica*. Disponible en: <http://gpc.minsalud.gov.co/guias/Pages/Gu%C3%ADa-para-complicaciones-en-embarazo.aspx>

- Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), Colciencias e Instituto Nacional de Cancerología. (2013). *Guía de Práctica Clínica para la detección temprana, tratamiento integral, seguimiento y rehabilitación del cáncer de mama. Versión para pacientes y cuidadores*. Guía No. GPC-2013-19 Recuperado de: [http:// gpc.minsalud.gov.co/Documents/Guias-PDF-Recursos/Mama/GPC_Prof_Sal_Mama.pdf](http://gpc.minsalud.gov.co/Documents/Guias-PDF-Recursos/Mama/GPC_Prof_Sal_Mama.pdf)
- Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) y Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA). (2011). *Guía de Prevención VIH/Sida. Mujeres en Contextos de Vulnerabilidad*. Bogotá. Recuperado el 7 de septiembre de 2013, de: [http:// www.cruzrojacolombiana.org/publicaciones/pdf/guia_prevencion_vih_mujeres_1672011_074515.pdf](http://www.cruzrojacolombiana.org/publicaciones/pdf/guia_prevencion_vih_mujeres_1672011_074515.pdf)
- Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) y Fondo de población de las Naciones Unidas (UNFPA). (2013). *Protocolo de Atención de la Menor de 15 años embarazada*. Corporación Científica Pediátrica. En prensa.
- Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) y Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA). (diciembre 2013). *Compilación analítica de las normas de salud sexual y reproductiva en Co-lombia- Recopilación normativa*. Organización para la Excelencia en Salud (OES).
- Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) e Instituto Nacional de Cancerología. (2010). *Manual para la Detección Temprana del Cáncer de Mama*. Bogotá: MSPS.
- Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) y Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2012). *Libro Clínico de la Estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI)*. Bogotá: MSPS.
- Muñoz, N, y Bosch, F. X. (1996). The causal link between HPV and cervical cancer and its implications for prevention of cervical cancer. *Bull Pan Am Health Organ*, 30(4), 362-77.
- Organización de Naciones Unidas (ONU). (1993). Conferencia Mundial sobre Derechos Humanos. Viena, 14 al 25 de junio de 1993.
- Organización de Naciones Unidas (ONU). (1994). *Tercera Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo y cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (CCMM). Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo*. El Cairo, Egipto: (CIPD).

Organización de Naciones Unidas (ONU). (1995). *Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (CCMM)*. Beijing: (CIPD).

Organización de Naciones Unidas (ONU). (2000). Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas, Nueva York - Objetivos de desarrollo del milenio.

Organización de Naciones Unidas (ONU). (2011). Resolución 1983 de 2011 del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas. Recuperado el 3 de agosto de 2013, de: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2011/unsc/20110607_UNSC-Resolution1983_es.pdf

Organización de Naciones Unidas (ONU) y Comisión Económica para América Latina (CEPAL). (2013). *Primera reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo en América Latina y el Caribe*. Montevideo, 12 a 15 agosto 2013.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (1978). Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Declaración de Alma-Ata. Alma-Ata, Kazajstán: OMS.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2001). Global prevalence and incidence of curable STIs. Geneva: (WHO/CDS/CDR/EDC/2001.10).

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2003). *Adaptado de: Aborto sin riesgo: Guía técnica y de políticas para sistemas de salud*. Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2006) (4ª Ed). *Unsafe Abortion, Global and Regional estimates of the incidence of unsafe Abortion and associated mortality in 2000*, Ginebra. Recuperado de: www.who.int/reproductive-health

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2008). *Informe Sobre la Salud en el Mundo. La atención primaria de salud, más necesaria que nunca*. Recuperado el 2 de junio de 2013, de: http://www.who.int/whr/2008/summary_es.pdf

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2010). Reunión Internacional sobre la Salud en todas las Políticas, Adelaida.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2011). *Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud*. Río de Janeiro: OMS.

- Organización Mundial de la Salud (OMS) y Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). (2009). *Preparación de la Introducción de la Vacuna Contra el Virus del Papiloma Humano. Orientaciones Normativas y Programáticas para los Países*. Recuperado el 3 de noviembre de 2013, de: <http://lac.unfpa.org/public/lang/es/pid/4615>
- Organización Mundial de la Salud (OMS) y Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2005). *Hacia un marco conceptual que permita analizar y actuar sobre los Determinantes Sociales de la Salud, Documento de trabajo de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud*. Washington: OMS y OPS.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2007). *Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas*. (Documento de Posición de la Organización Mundial de la Salud). Washington, D. C.: OPS y OMS.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2010) (2ª Ed.). *Herramientas para el fortalecimiento de la partería profesional: lineamientos para tomadores de decisiones y planificadores para fortalecer la regulación, acreditación y educación de las parteras tradicionales*. Montevideo. CLAP/SMR, 1578.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) y Organización Mundial de la Salud (OMS). (2002) 26ª Conferencia Sanitaria Panamericana. Washington, D.C.: OPS y OMS.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) y Organización Mundial de la Salud (OMS). (2007). *La Renovación de la Atención Primaria para las Américas*. Documento de Posición de OPS y OMS.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS), Organización Mundial de la Salud (OMS), Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP) y Agencia de Cooperación de los Estados Unidos para el Desarrollo (USAID). (2010) (2ª Ed.). *Herramientas para el fortalecimiento de la partería profesional*. CLAP/SMR, (1578).
- Pabón Parra, P. A. (2005). *Delitos sexuales*. Bogotá: Doctrina y ley Ltda.
- Pacheco, C. I., Botero, A. y Tamayo, A. (2013). *Condiciones e Imaginarios sociales que motivan o definen las Demoras I y II asociadas a la mortalidad materna en diferentes contextos de población en Colombia*. Convenio 036 MSPS/UNFPA. Bogotá: MSPS y UNFPA.

Profamilia. (1990). *Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS)*. Bogotá. Recuperado de: http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/index.php?option=com_content&view=article&id=62&Itemid=9

Profamilia. (2000). *Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS)*. Bogotá. Recuperado de: http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/index.php?option=com_content&view=article&id=62&Itemid=9

Profamilia. (2005). *Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS)*. Bogotá. Recuperado de: http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/index.php?option=com_content&view=article&id=62&Itemid=9

Profamilia. (2010). *Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS)*. Bogotá. Recuperado de: http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/index.php?option=com_content&view=article&id=62&Itemid=9

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). (2007). *Modelo de Gestión Integral de Servicios de Salud Sexual y Reproductiva y Prevención de la Infección por VIH*. Proyecto Integral, 78-80-81, Bogotá: ONUSIDA, OPS y UNICEF.

Programa Presidencial Colombia Joven. (2005). *Política Nacional de Juventud. Bases para el Plan Decenal de Juventud. 2005-2015*. Recuperado el 3 de agosto de 2013, de: http://planipolis.iiep.unesco.org/upload/Youth/Colombia/Colombia_Politica_nacional_juventud.pdf

Ramos-Claso, E. C. (2012). Transición epidemiológica en Colombia: de las enfermedades infecciosas a las no transmisibles. *Revista Ciencias Biomédicas*, 3(2), de: <http://www.revistacienciasbiomedicas.com/index.php/revcienciabiomed/article>

República de Colombia. Congreso de la República. Ley 100 de 1993.

República de Colombia. Congreso de la República. Ley 266 de 1996.

República de Colombia. Congreso de la República. Ley 911 de 2004.

República de Colombia. Congreso de la República. Ley 1098 de 2006.

República de Colombia. Congreso de la República. Ley 1122 de 2007.

República de Colombia. Congreso de la República. Ley 1146 de 2007.

- República de Colombia. Congreso de la República. Ley 1257 de 2008.
- República de Colombia. Congreso de la República. Ley 1438 de 2011.
- República de Colombia. Ministerio de la Protección Social. Decreto número 1543 de 1997.
- República de Colombia. Ministerio de la Protección Social. Resolución No 3442 de 2006.
- República de Colombia. Ministerio de la Protección Social. Resolución 00769 de 2008.
- República de Colombia. Ministerio de la Protección Social. Resolución 1973 de 2008.
- República de Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 412 de febrero 25 de 2000.
- República de Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS). Decreto 2968 de 2010.
- República de Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS). Resolución 00459 de 2012.
- República de Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS). Resolución 4505, diciembre de 2012.
- República de Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS). Resolución 5521 de 2013.
- República de Colombia. *Plan de Desarrollo 2010-2014. Prosperidad para todos*. Recuperado el 24 de marzo de 2014, de: www.dnp.gov.co
- Robertson, E., Grace, S., Wallington, T. y Stewart, D. (2004). Antenatal risk factors for post partum depression: a synthesis of recent literature. *Gen Hosp Psychiatry*, 26, 289-95.
- Romero, R., y otros. (2001). The role of infection in preterm labour and delivery. *Pediatric and Perinatal Epidemiology*, 15 (Suppl. 2), 41-56.
- Shrim Alon, Md, y Ates Senem, M. D. (2011). Is Young Maternal Age Really a Risk Factor for Adverse Pregnancy Outcome in a Canadian Tertiary Referral Hospital. *JPediatrAdolescGynecol*, 24, 218-222.
- Swanson, K. (1991). Empirical Development of a middle range theory of caring. *Nursing Research*, 40(3), 161-166.

- Swanson, K. (1993). Nursing as Informed Caring for the Well-Being of Others. *Journal of Nursing Scholarship*, 25(4), 352-357.
- Taillieu, T. L., Brownridge Douglas, A. (2010). Violence against pregnant women: Prevalence, patterns, risk factors, theories, and directions for future research. *Aggression and Violent Behavior*, 15(1), 14-35.
- Temple, R., Aldridge, V. y Murphy, H. (2006). Pre-pregnancy care and pregnancy outcomes in women with Type 1 Diabetes. *Diabetes Care*, 29, 1744-9.
- The Joanna Briggs Institute. (rev. 2003). *Niveles de evidencia*. Recuperado el 3 de septiembre de 2013, de: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/index.php?id=manual_procedimientos_niveles
- The Joanna Briggs Institute. (rev. 2008). *Grados de recomendación*. Recuperado el 3 de septiembre de 2013, de: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/index.php?id=manual_procedimientos_niveles
- The Joanna Briggs Institute. (rev. 2013). The review process, levels of evidence. Recuperado el 26 de marzo de 2014, de: <http://www.joannabriggs.edu.au/pubs>
- Universidad Nacional de Colombia. (2012). *Políticas de salud sexual y reproductiva para adolescentes y jóvenes: Experiencias en Brasil, Chile y Colombia*. Recuperado el 8 de febrero de 2013, de: <http://www.bdigital.unal.edu.co/7589/1/catalinaarevaloherrera.2012.pdf>
- Uche-Nwachi E., y otros. (2010) Anemia in pregnancy: associations with parity, abortions and child spacing in primary health care clinic attendees in Trinidad and Tobago. *AfrHealthSci*, 10, 66-70.
- Vásquez, M.I. (2002). "El cuidado cultural adecuado: de la investigación a la práctica". En: Grupo de Cuidado Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. *El arte y la ciencia del cuidado*. (pp. 315-322). Bogotá: Unibiblos.
- Vásquez, M. I. (2006). Desarrollo conceptual en enfermería: evolución, tendencias y desafíos. *Avanc Enferm*, 24, 73-81.
- Whitehead, M. y Dahlgren, G. (2006). *Levelling up*. (part. 2). Copenhagen: WHO.
- Wiesner, C., Cendales, R., Murillo, R., Piñeros, M. y Tovar, S. (2010). Seguimiento de mujeres con anormalidad citológica de cuello uterino en Colombia. *Revista de Salud Pública*, 12(1), 1-13.

Zhou, L., Yang, W., Hua, J., Deng, C., Tao, X. y Stoltzfus, R. (1998). Relation of hemoglobin measured at different times in pregnancy to preterm birth and low birth weight in Shanghai, China. *Am J Epidemiol*, 1006, 148-998.



PROTOCOLOS PARA LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LA MUJER

CUIDADO DE LA MUJER EN EDAD FÉRTIL

Autoras

MARÍA EUGENIA VILLAQUIRAN DE GONZÁLEZ

Magíster en Salud Pública.

Profesora Universidad Santiago de Cali.

Correo electrónico: mevilla22@yahoo.es

ALCIRA ESCOBAR MARÍN

Magíster en Enfermería Materno Infantil.

Profesora Asistente Escuela Enfermería Universidad del Valle.

Correo electrónico: alcira.escobar@correounivalle.edu.co

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	99
1. JUSTIFICACIÓN	101
2. OBJETIVOS	105
2.1. OBJETIVO GENERAL	106
2.2. OBJETIVO ESPECÍFICOS	106
3. METODOLOGÍA	107
3.1. ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA	109
3.2. RESUMEN DE RESULTADOS	110
4. CUIDADO DE ENFERMERÍA A LA MUJER EN LA CONSEJERÍA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	111
4.1. PROCEDIMIENTOS	115
4.1.1. Preparación de la asesoría	115
4.1.2. Antes de la asesoría	115
4.1.3. Inicio de la asesoría	115
4.1.4. Recolección de información de la usuaria	115
4.1.5. Establecimiento del diagnóstico según las necesidades físicas, emocionales y culturales que requieren ser satisfechas	116
4.1.6. Evaluación de conocimientos y suministro de información	116
4.1.7. Cuidado de enfermería según la decisión de la usuaria	117
4.1.8. Análisis de la decisión	118

5.	CUIDADO DE ENFERMERÍA PARA LA MUJER CON INTENCIÓN REPRODUCTIVA (CUIDADO Y ATENCIÓN PRECONCEPCIONAL)	121
5.1.	PROCEDIMIENTOS	124
5.1.1.	Consulta inicial	124
5.1.2.	Aspectos Mínimos que debe Evaluar la Consulta Preconcepcional	125
5.1.3.	Asesoría preconcepcional - Riesgos y recomendaciones	125
5.1.4.	Valoración del estado de salud	132
6.	CUIDADO DE ENFERMERÍA PARA LA MUJER SIN INTENCIÓN REPRODUCTIVA Y QUE REQUIERE SERVICIOS DE ANTICONCEPCIÓN	135
6.1.	PROCEDIMIENTOS	137
6.1.1.	Consulta de Anticoncepción	137
6.1.2.	Anticoncepción de emergencia	139
6.1.3.	Anticoncepción en la adolescencia	139
6.1.4.	Anticoncepción en la etapa de la perimenopausia	140
6.1.5.	Anticoncepción en el postparto	141
7.	CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA LA MUJER EN EDAD REPRODUCTIVA, ENCAMINADOS A LA PREVENCIÓN, DETECCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS)	143
7.1.	PROCEDIMIENTOS	145
7.1.1.	Valoración	145
8.	CUIDADO DE ENFERMERÍA PARA LA MUJER EN EDAD REPRODUCTIVA ENCAMINADO AL CONTROL DE RIESGO, PREVENCIÓN, DETECCIÓN TEMPRANA Y VIGILANCIA DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO Y DE MAMA	149
8.1.	PROCEDIMIENTOS	151
8.1.1.	Valoración	151
8.2.	DIAGNÓSTICO	154
8.2.1.	Diagnóstico de primer momento	154
9.	INDICADORES DE USO DEL PROTOCOLO	157
	BIBLIOGRAFÍA	163

INTRODUCCIÓN

La salud sexual y reproductiva (SSR) es definida como:

[...] un estado general de bienestar físico, mental y social, y no a la mera ausencia de enfermedades o dolencias en todos los aspectos relacionados con la sexualidad y la reproducción, y entraña la posibilidad de ejercer los derechos sexuales y reproductivos (DSR). Un adecuado estado de la SSR implica la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, la posibilidad de ejercer el derecho a procrear o no; la libertad para decidir el número y espaciamiento de los hijos; el derecho a obtener información que posibilite la toma de decisiones libres e informadas y sin sufrir discriminación, coerción ni violencia; el acceso y la posibilidad de elección de métodos de regulación de la fecundidad seguros, eficaces, aceptables y asequibles; la eliminación de la violencia doméstica y sexual que afecta la integridad y la salud; así como el derecho a recibir servicios adecuados de atención a la salud que permitan embarazos y partos sin riesgos; y el acceso a servicios y programas de calidad para la promoción, detección, prevención y atención de todos los eventos relacionados con la sexualidad y la reproducción, independientemente del sexo, edad, etnia, clase, orientación sexual o estado civil de la persona, y teniendo en cuenta sus necesidades específicas de acuerdo con su ciclo vital (ONU - CCMM, 1994).

El profesional de enfermería tiene la competencia técnica y la habilidad de apoyar a las mujeres en edad fértil, identificar sus necesidades básicas, planear y desarrollar un cuidado integral basado en la evidencia científica, en un marco ético y fundado en los derechos sexuales y reproductivos, como parte de los derechos humanos que la legislación colombiana reconoce a las mujeres.

En este protocolo se presentan unas pautas de actuación para que los profesionales de enfermería unifiquen los criterios frente al cuidado de las mujeres en edad fértil, con el fin de brindar asesoría y orientación específica en salud sexual y reproductiva basada en la evidencia científica y su evaluación razonada y de acuerdo con las necesidades, requerimientos y expectativas de las mujeres que

acuden a los servicios. Fue diseñado en coherencia con la normatividad vigente establecida por el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) y otras entidades; los derechos sexuales y reproductivos; las afirmaciones teóricas de Swanson (1991) y Leininger (1991), que orientan la disciplina de enfermería y los principios éticos establecidos para la práctica de la enfermería en Colombia.

Con este protocolo se pretende respaldar el ejercicio profesional desde una perspectiva de Atención Primaria en Salud (ATP), para incentivar en los(as) profesionales de enfermería el análisis crítico de los eventos relacionados con la salud sexual y la salud reproductiva desde un enfoque de derechos y de género. La intención es mejorar la calidad del cuidado de enfermería a la mujer en edad fértil, orientando acciones de información, educación y comunicación para fomentar la toma de decisiones libres por parte de las mujeres y favorecer la detección precoz de alteraciones. De esta manera, contribuir a reducir los riesgos de enfermar, desarrollar complicaciones o fallecer por eventos como las gestaciones no deseadas, los abortos inseguros, el cáncer del sistema reproductor, las infecciones de transmisión sexual, el Virus de Inmunodeficiencia Humana / Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH/SIDA), entre otros, que se pueden presentar durante esta etapa de vida.

El protocolo, consta de cinco partes:

1. Cuidado de enfermería para la mujer durante la asesoría en salud sexual y reproductiva.
2. Cuidado de enfermería para la mujer con intención reproductiva (Cuidado y atención preconcepcional).
3. Cuidado de Enfermería para la mujer sin intención reproductiva o que solicita un método de anticoncepción.
4. Cuidado de enfermería para la mujer en edad reproductiva, encaminado a la prevención, detección y seguimiento a las mujeres con infecciones de transmisión sexual.
5. Cuidado de enfermería para la mujer en edad reproductiva, encaminado al control de riesgo, prevención, detección temprana y vigilancia del cáncer de cuello uterino y de mama.

El referente teórico de este protocolo se fundamenta en conocimientos científicos sobre salud sexual y reproductiva, los derechos humanos, los derechos sexuales y reproductivos y el cuidado de enfermería. Este marco se encuentra en el capítulo correspondiente al marco conceptual, Principios y consideraciones generales.

1

JUSTIFICACIÓN

La SSR reconoce el derecho al disfrute del placer sexual y de la vida reproductiva sin riesgo de enfermedad, discapacidad, muerte o gestación inoportuna o no deseada, haciendo de la maternidad y la paternidad opciones libres. Incorpora los aspectos biológicos, psicológicos y sociales e incluye a hombres y mujeres en las diferentes etapas de su ciclo vital. Se fundamenta en el marco ético de los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos que regulan la convivencia sexual entre hombres y mujeres, adultos y adolescentes, niños y niñas, y se dirige a garantizar el disfrute de una sexualidad y reproducción sana, libre, segura, responsable y sin riesgo (Consejería Presidencial para los Derechos Humanos, 2001).

Existen factores que desfavorecen el disfrute sano, libre y sin riesgos de la sexualidad, entre los cuales se destacan las prácticas discriminatorias en razón del ejercicio de la sexualidad y la reproducción, la diversidad de creencias y mitos sobre esta, el déficit en los servicios de salud tanto en el acceso como en la calidad y cobertura de los mismos (Vásquez y otros, 2005).

Como planteamiento general para este protocolo se considera que para mejorar la calidad de vida tanto individual como colectiva, se debe trabajar con un enfoque de derechos sexuales y reproductivos. Este enfoque facilita la toma de decisiones libres e informadas de las personas frente al ejercicio de la sexualidad, la anticoncepción, la detección precoz de riesgos asociados al ejercicio reproductivo, la identificación de riesgos y detección precoz de cáncer de mama y de cérvix, la prevención de infecciones de transmisión sexual VIH/SIDA y la prevención del aborto como consecuencia de una gestación no deseada.

Para cada uno de estos temas es necesario establecer un diálogo respetuoso que permita el reconocimiento de las mujeres como sujetos de derechos y, a partir de ahí, informar, promover y permitir el

disfrute de bienes, servicios y condiciones óptimas para alcanzar el más alto nivel de salud.

Los profesionales de enfermería, desde su competencia, pueden desempeñar un rol estratégico que redunde en la garantía de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en cada uno de los temas enunciados en este protocolo.

Desde una perspectiva social y demográfica, este protocolo se enmarca en las características y condiciones de la población colombiana. Según el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), en 2010 la población ascendía a 45.508.205 habitantes, compuesta por un 49,4% de hombres y el 50,6% de mujeres, con importantes transformaciones al pasar de una población adulta joven en el siglo XX a ser una población moderadamente adulta en 2005 con un promedio de edad de 29,1 años (MSPS, 2012) (NIII GRB).

Por su parte, el(la) profesional de enfermería debe asumir un papel muy importante en la promoción de los derechos sexuales y reproductivos: debe alentar en hombres y mujeres, comportamientos responsables y seguros; detectar oportunamente los problemas de la salud sexual y de la reproducción; remitir a otros profesionales e instituciones cuando el caso en particular lo amerite; orientar a las mujeres para que puedan acceder a los servicios de salud, garantizando su derecho a la atención; prestar servicios de anticoncepción y orientación preconcepcional, con base en la oferta de programas para la atención integral de la salud sexual y reproductiva, en las distintas etapas del ciclo vital.



2

OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Brindar cuidado de enfermería a mujeres en edad fértil, teniendo en cuenta los derechos sexuales y reproductivos, fortaleciendo los factores protectores y previniendo las enfermedades más frecuentes en el campo de su salud sexual y reproductiva.

2.2 OBJETIVO ESPECÍFICOS

- Generar pautas para el diagnóstico de enfermería con el fin identificar alteraciones en las áreas de la sexualidad y la reproducción a las mujeres en edad fértil e identificar necesidades de cuidados.
- Establecer con la mujer y su pareja estrategias de cuidado de acuerdo con la situación de salud sexual y reproductiva de la mujer, teniendo en cuenta su capacidad para detectar riesgos y gestionar el cuidado de sí misma.
- Proveer asesoría preconcepcional a la mujer y su pareja que tienen intención reproductiva y asesoría anticonceptiva de acuerdo con la planeación del embarazo y el proceso de atención preconcepcional.
- Proveer a la mujer, que no tiene intención reproductiva y requiere un método de anticoncepción, de información completa, oportuna y veraz sobre los métodos anticonceptivos modernos, con el fin de apoyar su elección acorde a sus necesidades y condición de salud, y proveer el método anticonceptivo con orientación sobre la importancia de complementarlo con la utilización del condón para prevención de infecciones de transmisión sexual.
- Informar a la mujer sobre los métodos de prevención, detección precoz y tratamiento para Infecciones de Transmisión Sexual (ITS).
- Informar a la mujer sobre prevención del cáncer de cuello uterino y detección precoz del cáncer de mama.
- Desarrollar estrategias de información, educación, seguimiento y retroalimentación a la mujer en edad fértil para ejercer el cuidado de sí misma en la prevención de ITS, embarazos no deseados, cáncer de cérvix y la detección temprana de cáncer de mama, teniendo en cuenta sus creencias culturales.



3

METODOLOGÍA

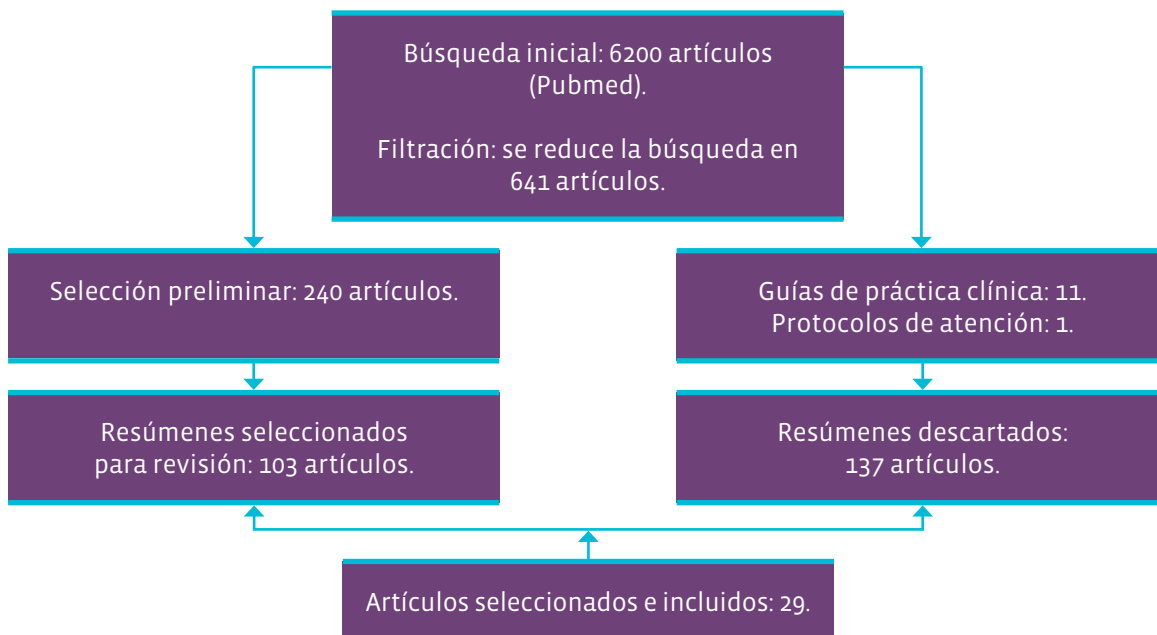
La metodología utilizada en la construcción de este protocolo sigue los lineamientos descritos en el marco conceptual, Principios y consideraciones generales. A continuación se presentan las características metodológicas particulares de este protocolo.

Los descriptores según el MESH seleccionados para este protocolo fueron: “Counseling”, “sexuality”, “reproductive health”, “contraception”, “educational measurement”, “nursing care”, “sexually transmitted diseases”, “family planning services”, “breast cancer”, “uterine cervical diseases”.

A continuación se resume el proceso final de búsqueda y la selección de referencias:

Esquema 1:

Proceso de Búsqueda de Evidencia Científica para el Protocolo de la mujer en edad fértil.



La búsqueda de evidencias científicas para sustentar la mayoría de las intervenciones de cuidado de enfermería, arrojó resultados en cuanto a calidad metodológica tanto desde la investigación cuantitativa como desde la cualitativa. La producción de evidencia científica en cualquier profesión, incluida enfermería, requiere formación y habilidades específicas, pero sobre todo una actitud responsable hacia el ser y quehacer de la disciplina y profesión. Esta actitud incluye la inquietud por hacer cada día algo mejor en el desempeño de las funciones, así como por valorar y validar los desarrollos logrados por otros profesionales, incorporándolos a la práctica, porque el conocimiento per se, sin aplicación en profesiones prácticas como la Enfermería, pierde el sentido (Cabrero, 1999).

3.1 ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA

Se realizó en tres etapas: la primera consistió en buscar guías y protocolos de práctica clínica relacionadas con el tema cuidado de la salud sexual y reproductiva de la mujer en edad fértil en PubMed. La búsqueda fue limitada a humanos, acorde con los criterios indicados antes y que hubiesen sido validados en el MESH. También se hizo búsqueda de revisiones sistemáticas en la biblioteca Cochrane, relacionadas con los temas del protocolo. Se utilizó el término Nursing care and reproductive health. En esta estrategia de búsqueda también se incluyó la búsqueda de información enfocada al cuidado de la mujer con factores de riesgo para infecciones de transmisión sexual, anticoncepción, consejería en salud sexual y reproductiva, cáncer de mama y cáncer de cérvix, citología vaginal y autoexploración de mama.

La segunda etapa consistió en buscar la mejor evidencia de guías y protocolos de práctica clínica en los tesauros MesH y DeCs y al haberse encontrado pocos documentos de utilidad, se procedió a buscar guías de práctica clínica en sitios Web especializados¹².

1 Niveles de evidencia (Establecidos por The Joanna Briggs Institute - rev. 2003). Recuperado el 3 de septiembre de 2013, de: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/index.php?id=manual_procedimientos_niveles. The Joanna Briggs Institute. <http://www.joannabriggs.edu.au/welcome.html>.

2 Centro de Enfermería Basado en Evidencia. . Recuperado de: <http://www.york.ac.uk/healthsciences/>. Information package for nurses, midwives and communit nurses <http://www.doh.gov.uk/nhsexec/aep.htm>. Nursing sites on the web: <http://ublib.buffalo.edu/libraries/units/hsl/internet/nsgsites.html>. Evidence Based Nursing (Mount Sinai) <http://www.cebm.utoronto.ca/syllabi/nur/>. Foundation of Nursing studies <http://www.fons.org/links.htm> Evidence Based Midwifery Practice guidelines <http://www.radmid.demon.co.uk/Evidence.htm>. Guías Profesionales de la Salud. <http://www.cochrane.org>.

Tabla 1. Síntesis sobre la evidencia científica

Tema	Descriptores	Resultados de la búsqueda inicial	Resultados verificados con ampliación de filtros utilizados	Artículos seleccionados
Consejería en Salud Sexual y Reproductiva	“Counseling” “Sexualite” “Educational measurement”	1.540	153	6
Riesgo Preconcepcional	“Reproductive Risk” “Risk Gestational”	940	25	12
Planificación Familiar	“Reproductive Health” “Contraception” “Family planing services”	2.300	29	7
Infecciones de Transmisión sexual	“Sexually transmitted diseases”	1.200	11	2
Cáncer de mama	“Breast cancer”	92	10	1
Cáncer de cuello uterino	“Uterine cervical diseases”	128	12	1
Total		6200	240	29

La tercera etapa consistió en realizar una búsqueda de revisiones sistemáticas en la biblioteca Cochrane, relacionada con los temas del protocolo. Se obtuvieron 10 documentos, 6 de los cuales tuvieron información relevante para la elaboración del protocolo. Una vez seleccionados los artículos con evidencia científica, se procedió a la lectura crítica y cuidadosa y a la elaboración de fichas de análisis de artículos científicos, valorando la calidad metodológica de cada uno de ellos.

3.2 RESUMEN DE RESULTADOS

En total se revisaron 103 artículos, 11 guías de atención y un protocolo identificados a través de las tres etapas de una búsqueda inicial. La estrategia de búsqueda dio 6200 resultados, se recuperaron 240, y se seleccionaron preliminarmente 103. Finalmente se utilizaron 29 estudios: 11 guías y protocolos actualizados y con evidencia científica por considerarlos pertinentes y de utilidad en la elaboración de este protocolo, 5 informes frente a los temas abordados de salud sexual y reproductiva, 6 sentencias que legislan los derechos de las adolescentes para la utilización de los métodos anticonceptivos modernos y 4 documentos de políticas públicas relacionadas con los temas del presente protocolo.

Las publicaciones provienen de distintos países y continentes: Estados Unidos, Reino Unido, Japón, Brasil, África, Europa, Oriente, entre otros. Todos ellos mencionan el fenómeno de interés.

4

CUIDADO DE ENFERMERÍA A LA MUJER EN LA CONSEJERÍA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

La asesoría en salud sexual y reproductiva es un proceso que se desarrolla por medio de entrevistas que ayudan a los usuarios(as) a tomar decisiones respecto al manejo de su capacidad reproductiva y de su sexualidad, y a confrontar sus emociones mediante el análisis de su problemática individual.

La asesoría y la educación son pasos importantes en la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva. Constituyen la base primordial para que la usuaria tome decisiones conscientes e informadas, y es fundamental que los profesionales de enfermería sepan proporcionar esta base (Lopez, Hiller y Grimes, 2010; Mota, Tello y Rivas, 2010) (NIII. 3 GRB).

La asesoría debe entenderse como un proceso de orientación a la usuaria (Kittisiam, Werawatakul y Nanagara, 2013), 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 y factores protectores para infecciones de transmisión sexual; cáncer de cérvix y cáncer de mama; y realización de pruebas especiales como la del VIH, identificación y orientación frente a violencia intrafamiliar y de pareja.

La asesoría y la educación son herramientas importantes en la prevención de las ITS (Lin, Whitlock, O'Connor y Bauer, 2008) (NII GA). En relación con la doble protección, por ejemplo, existen diferencias entre las mujeres que han tenido un contacto mayor con los discursos sobre la prevención a la infección y aquellas que los desconocen. Las negociaciones en este aspecto están determinadas también por la edad, no solo porque existe mayor cercanía de las jóvenes con las ideas de prevención, sino porque para ellas es más fácil incluir el uso del preservativo como parte de los juegos eróticos.

Una asesoría ética es aquella que contiene actividades de comunicación e información, y se centra en las circunstancias individuales y en la toma de decisiones voluntarias y responsables de la usuaria, sin tratar de persuadirla por una conducta o resultado específico.

La asesoría debe ser una práctica que trasciende el abordaje de los procesos reproductivos desde el punto de vista biológico. Debe ir más allá de una información técnica y ser un espacio en que pueda involucrarse a la usuaria como un ser holístico considerando sus conceptos y valores socioculturales; es un ejercicio que no puede desligarse del contexto social, cultural, histórico y político donde se desarrolla (Santanu, G., Amrita, S. y Shuvankar M., s.f.) (NIV. GRC).

El primer paso de la asesoría es motivar a la persona a expresar sus dudas, inquietudes y necesidades en aspectos relacionados con su salud sexual y reproductiva. La actitud positiva y colaborativa del personal de salud durante la asesoría, estimula a la usuaria a volver a consultar para discutir cualquier problema que pueda tener en relación con su salud sexual y reproductiva (Malwenna y otros, 2013) (N II GRA).

Aunque la comunicación informal transmitida por el círculo familiar y las amistades puede jugar un papel muy importante en la motivación, también puede ser un medio de difusión de información inexacta. Por esta razón es importante que el profesional de enfermería dialogue con las usuarias

sobre sus necesidades y las distintas opciones que han escuchado y les ofrezcan Información centrada en el conocimiento y la tecnología disponible, es decir, información completa, veraz y oportuna. El reto de una asesoría idónea es la calidad de la comunicación entre asesor(a) y usuaria, donde prime el respeto por la diferencia de valores existentes en cada uno de los sujetos.

Para un cuidado que respete los derechos de las mujeres, se deben tener en cuenta varios aspectos esenciales:

- Disponer de un lugar iluminado, limpio, ordenado, que brinde privacidad para que la mujer sienta confianza para hablar y para permitir el examen físico.
- Disponer de los materiales necesarios para la valoración, la educación, la asesoría y la atención.
- Acoger a la mujer con cordialidad y respeto, saludarla y presentarse.
- Se debe destinar el tiempo necesario para la atención, sin interrupciones que interfieran la comunicación.
- Se debe escuchar activamente a la mujer y establecer contacto visual con ella.
- Brindar seguridad, confianza y confidencialidad teniendo en cuenta el estado emocional de la mujer.

El primer paso de la asesoría es motivar a la persona a expresar sus dudas, inquietudes y necesidades.

Características del Consejero: (NIV GRB)

Es importante tener en cuenta, que el profesional de enfermería, además de las consideraciones éticas y del abordaje de la mujer en los programas de salud sexual y reproductiva como sujeto de derechos, debe reunir ciertos requisitos que le permitan cumplir la misión de la asesoría (Mejía, Quintero y Villaquirán, 1998). A continuación se enuncian algunos de ellos:

Actitudes:

- Neutralidad: Respeta las ideas y valores de la usuaria. Asesora sin dar consejos.
- Empatía: Establece buena comunicación con la usuaria y sabe escuchar. Tiene facilidad de expresión, comunicación verbal y no verbal, capacidad de observación, interacción, detecta malos entendidos y resuelve dudas.
- Integridad: Acepta la capacidad de decisión de la usuaria, la respeta, no la subvalora.
- Responsabilidad: Trabaja con interés, respeta la individualidad, desarrolla el proceso a conciencia.
- Autoconocimiento: El profesional que brinda la asesoría debe revisar sus propias actitudes frente a la salud sexual y reproductiva e identificar su capacidad y competencia para brindar el cuidado. También debe identificar sus limitaciones, que le deben llevar a consultar con un(a) colega experto(a) o al equipo multidisciplinar para dar respuesta a las necesidades de las mujeres.
- Ecuanimidad: Evita que su estado de ánimo afecte su comportamiento y capacidad de comunicación con la usuaria.
- Conocimientos y habilidades:
- Dominar los temas de salud, sexualidad y reproducción humana.
- Entender la anatomo-fisiología de la reproducción humana.
- Conocer en detalle los distintos servicios de

salud sexual y reproductiva intramurales y extramurales.

- Manejar técnicas de comunicación y entrevista (desarrollar habilidades en comunicación, forma de hablar, tono de voz, actitud considerada y atenta que permita la expresión de sentimientos, creencias e inquietudes, escuchar atentamente y observar el lenguaje no verbal que expresa las actitudes).
- Estar entrenado en aspectos técnicos de anticoncepción, desempeñar su trabajo teniendo en cuenta los principios éticos y promover la garantía de los derechos de las personas.
- Conocer la comunidad de usuarios reales y potenciales (aspectos culturales).

Además deberá tener en cuenta los siguientes aspectos:

- Adecuar un espacio agradable donde se brinde privacidad.
- Ofrecer confidencialidad donde la información personal se mantendrá en reserva.
- Evitar gestos y actitudes de desaprobación que, como la risa con alguna de las preguntas, puede bloquear la comunicación.
- Respetar las creencias culturales o religiosas, los valores personales, las condiciones de vida y los derechos sexuales y reproductivos.
- Facilitar el acceso a los servicios y la atención en salud, independiente de la raza, religión, estado civil, tipo de afiliación al sistema u otra condición de la usuaria.

4.1

PROCEDIMIENTOS

4.1.1 Preparación de la asesoría:

El inicio de la asesoría requiere la presencia de tres elementos:

- **Estado emocional:** El consejero debe dedicar toda su atención a la usuaria sin interrupción alguna. Abordarla de manera amable, independientemente de su estado de ánimo.
- **Ambiente:** Debe proporcionar privacidad, estar libre de distractores y brindar comodidad al usuario y al consejero.
- **Materiales:** Se debe contar con los formularios necesarios (historia clínica, formatos para consentimiento informado, órdenes de laboratorio, notas de remisión y otros que se requieran); igualmente, se debe verificar la presencia de ayudas audiovisuales y materiales que permitan informar adecuadamente a la mujer y a su pareja.

4.1.2 Antes de la asesoría

- Asegúrese de que, en cuanto llegue la mujer con o sin su pareja o persona que ella prefiera, se reciba(n) de manera cordial y respetuosa.
- Asegúrese de tener lugares donde la mujer, con o sin su pareja o persona que ella prefiera, pueda sentarse mientras espera.
- Trate de que la sala de espera sea alegre e interesante.
- Tenga disponibles folletos que la mujer, con o sin su pareja o persona que ella prefiera, pueda(n) mirar.
- Esté seguro(a) de que durante las sesiones de asesoría se halle en un lugar donde se garantice la privacidad.

4.1.3 Inicio de la asesoría

- Comience por hacer que la mujer se sienta cómoda, permítale que la pareja o persona que

ella prefiera, la acompañe durante la asesoría, si así lo solicita. Salúdela y preséntese.

- Ayude a la usuaria para que comience a contar sus experiencias en cuanto a salud sexual y reproductiva, sus intenciones, preocupaciones deseos, sobre su vida familiar y su salud actual. Pregunte a la mujer el motivo de su visita, (¿Requiere información?, ¿selección de método anticonceptivo?, ¿problemas con algún método?, ¿algún problema de salud relacionado con el área de la sexualidad y/o la reproducción? ¿problemas familiares o en su relación de pareja?)
- Escuche activamente lo que la usuaria expresa con sus palabras y también con sus gestos y expresión corporal.
- Trate de ponerse en el lugar de la usuaria y manifieste su comprensión.
- Explique el propósito fundamental de la asesoría.
- Emplee un lenguaje sencillo.

4.1.4 Recolección de información de la usuaria

- Edad, estado civil y escolaridad.
- Situación económica.
- Aspectos religiosos.
- Creencias y prácticas relacionadas con la salud sexual y reproductiva.
- Solidez de la relación de pareja.
- Antecedentes personales y familiares. Enfatizar en antecedentes gineco-obstétricos, indagar sobre el problema actual.
- Explorar el estado de salud de las usuarias, de sus parejas y de sus hijos.
- Expectativas respecto al proceso de asesoría.

4.1.5 Establecimiento del diagnóstico según las necesidades físicas, emocionales y culturales que requieren ser satisfechas

- Establecer el diagnóstico y clasificar el riesgo para la salud sexual y el riesgo reproductivo de la mujer, indagando sobre estabilidad de la pareja, número de compañeros sexuales, antecedentes de anticoncepción, de infecciones de transmisión sexual (ITS), de morbilidad en los embarazos, entre otros aspectos.
- Establecer qué necesidades en salud sexual y reproductiva requieren ser satisfechas, qué desea conocer o cuál es el requerimiento de la mujer. Es importante tener en cuenta sus creencias y prácticas culturales relacionadas con la sexualidad y la reproducción.

4.1.6 Evaluación de conocimientos y suministro de información

- Explore los conocimientos de la usuaria sobre el sistema reproductivo humano, sus funciones y procesos, la responsabilidad en el ejercicio de su sexualidad y las medidas de protección. Conocimiento sobre derechos sexuales y reproductivos y la corresponsabilidad en el ejercicio de los mismos, conocimientos sobre la existencia de servicios de atención (preconcepcional, prenatal, anticoncepción, detección temprana del cáncer del aparato reproductor y las infecciones de transmisión sexual, prevención de la violencia intrafamiliar y de pareja).
- Adapte la información a los conocimientos del usuario y sus necesidades específicas.
- Corrija conceptos errados que la usuaria pueda tener.
- Llene cualquier vacío que la usuaria pueda tener sobre:

Sistema reproductivo, sus funciones y procesos.

Factores de riesgo, factores protectores.

Oferta de anticoncepción moderna, ventajas y desventajas de cada método, mecanismos de acción, efectos no deseados, nivel de efectividad, entre otros aspectos.

Efectos secundarios relacionados con el uso de métodos anticonceptivos temporales y definitivos.

- Verifique que la usuaria comprenda la información, anímela a formular preguntas, a que exprese qué es lo que ha comprendido sobre lo que se le ha mencionado y expresar temores. Observe sus reacciones no verbales.
- Respete los aspectos culturales, sociales y religiosos de la usuaria.
- La información debe darse en contenidos cortos, concretos y con retroalimentación inmediata, para asegurar la comprensión.

En asesoría sobre anticoncepción, tenga en cuenta los siguientes aspectos:

- Verifique que la usuaria comprenda lo que se haya hablado sobre el tema de anticoncepción.
- Explore sobre la historia de anticoncepción e identifique las experiencias positivas o negativas en el uso de métodos anticonceptivos.
- Evalúe preferencia específica por algún método anticonceptivo.
- Presente cada uno de los métodos, sus mecanismos de acción, ventajas, desventajas, riesgos, signos de alarma y consecuencias del uso de cada uno de ellos.
- Hable sobre el riesgo de Enfermedades de Transmisión Sexual y de la posibilidad de usar doble protección (el método anticonceptivo elegido para prevenir la gestación, más el

condón como método para anticoncepción y protección de ITS).

- Enfatice en la importancia y aplicación de los criterios de elegibilidad (OMS, 2009).
- Defina las mejores opciones para la usuaria, de acuerdo con sus criterios de elegibilidad y su condición de vida y de salud.
- Ayude a la usuaria y a su pareja —en caso de que esta asista— a tomar la mejor decisión de acuerdo con sus necesidades y preferencias en salud sexual y reproductiva.

4.1.7 Cuidado de enfermería según la decisión de la usuaria

Si su opción es:

4.1.7.1 *La usuaria decide usar algún método temporal*

En esta categoría entran todos los métodos naturales y modernos de anticoncepción excluyendo la salpingectomía o ligadura de trompas. No se recomiendan los métodos naturales por su baja efectividad anticonceptiva. Sin embargo, si el profesional de enfermería requiere documentarse y dar asesoría sobre ellos a las usuarias, puede consultar el Manual Mundial Para Proveedores de Planificación Familiar, donde se explica ampliamente este tema.

- Determine si el método seleccionado es la opción más apropiada con base en los criterios de elegibilidad de métodos anticonceptivos (OMS, 2009).
- Muestre el método y explique: mecanismo de acción, riesgos, ventajas, efectos secundarios, cuándo empezar y cuándo suspender, qué hacer en caso de olvidos, signos de alarma.
- Prepare a la usuaria respecto a la decisión tomada.
- Revise los procedimientos y explique que todo está garantizado en el Plan Obligatorio de

Salud (POS). Explique cómo obtener el servicio, procedimientos de atención y horarios.

- Diligencie el consentimiento informado si la mujer decide usar el dispositivo intrauterino (DIU) o el implante subdérmico, por ser estos procedimientos invasivos.

4.1.7.2 *La usuaria decide no tener hijos en el futuro y opta por el método anticonceptivo definitivo*

La esterilización femenina, es el método de anticoncepción permanente para mujeres que no quieren tener más hijos. También es conocida como esterilización tubárica, ligadura de trompas, salpingectomía. Los dos abordajes quirúrgicos que se utilizan con más frecuencia son: La mini laparotomía y la laparoscopia.

Todas las mujeres pueden someterse a esterilización femenina, no existe ninguna patología médica que le impida a una mujer recurrir a ella; la Resolución 769 y 173 de 2008, contiene la información requerida a este respecto. No obstante, si requiere mayor información, puede ser consultada en la Guía de Orientación Acceda - Manual de Planificación Familiar (OMS, USAID y UNFPA, 2007), en donde se encuentra una lista de verificación encaminada a detectar si la usuaria presenta alguna patología médica conocida que pueda limitar el momento, el lugar o el modo en que se pueda realizar el procedimiento de esterilización femenina.

- Determine si la mujer comprende que el método implica cirugía y es irreversible.
- Evalúe y analice la decisión de la mujer y sus sentimientos frente al procedimiento. Prepárela para la terminación de su fecundidad, formule preguntas como:

¿Cuándo decidió no tener más hijos?

¿Por qué desea terminar su fecundidad?

¿Quién tomó la decisión sobre la esterilización quirúrgica?

¿Cómo se sentiría si las circunstancias cambiaran luego de la esterilización? (divorcio o muerte del compañero, nueva relación, muerte de un hijo, mejoría de su situación económica, deseo de un nuevo hijo por tener nuevo compañero).

- Explique que sus preguntas solo están dirigidas a verificar que ella se sienta segura frente a la decisión tomada, dado que estos métodos son difícilmente reversibles. Procure que este interrogatorio no se convierta en método de desistimiento, porque caería en una práctica prohibida.
- Si la decisión queda en firme, oriente a la mujer y su pareja para la programación del procedimiento y, posterior a este, las visitas de control y seguimiento.

4.1.7.3 La mujer decide realizarse una prueba de detección o de diagnóstico para Infecciones de Transmisión Sexual, VIH/ SIDA y/o detección del cáncer del aparato reproductor

- Verifique que la usuaria haya comprendido lo que se haya hablado sobre el tema de anticoncepción en la primera etapa de la orientación.
- Asegúrese que entienda el procedimiento de toma de muestras para el laboratorio (extracción de muestras de sangre, frotis vaginal, citología vaginal y examen de mamas, colposcopia, biopsia, entre otras).
- Prepare a la mujer para el procedimiento.
- Diligencie el consentimiento informado.
- Explique cómo obtener el servicio, informando sobre los costos, horarios y procedimientos de atención.

- Elabore cronograma de visitas de control y seguimiento.

4.1.8 Análisis de la decisión

- Quien asesora debe evaluar si la mujer no ha modificado la idea de controlar o renunciar a su fecundidad, o realizar los procedimientos para la detección de Enfermedades de Transmisión Sexual, VIH/SIDA y cáncer del aparato reproductor.
- Si detecta duda o indecisión, ofrezca otras alternativas o detecte la causa de la indecisión, determine alternativas de solución y concerte una nueva entrevista.
- Si la usuaria permanece firme continúe los trámites para la obtención del servicio.

También es importante que en esta consulta, el profesional de enfermería identifique:

- Evidencias de maltrato o violencia intrafamiliar. La violencia disminuye la motivación y la moral, causa lesiones físicas y psicológicas, depresión y estrés postraumático. En este caso se debe notificar el maltrato en los registros.
- Dificultades para el acceso a servicios de salud.
- Farmacodependencia. La ingesta de alcohol y sustancias psicoactivas como la heroína y otros opiáceos, pone en mayor riesgo a la mujer de contraer ITS y de exponerse a una gestación no deseada.
- Necesidades de apoyo de otras instituciones o profesionales contemplados en las rutas o flujogramas de atención de los programas de enfermedades de interés en salud pública como violencia, intento de suicidio, entre otros, de acuerdo con lo establecido en la Resolución 412 de 2000, Guía de atención a la mujer maltratada y Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual (MSPS, 2011).

4.1.8.1 Indicios de una decisión lógica

- Expectativas realistas.
- La decisión de la mujer no es presionada por su pareja, funcionario de salud u otra persona.
- Seguridad respecto a la decisión adoptada.
- La mujer está bien informada.

4.1.8.2 Señales de alerta

- Presión de otras personas.
- Mujer que siente no haber cumplido su meta reproductiva (desea tener más hijos).



5



CUIDADO DE ENFERMERÍA PARA LA MUJER CON INTENCIÓN REPRODUCTIVA (CUIDADO Y ATENCIÓN PRECONCEPCIONAL)

Siendo la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad los pilares de la salud sexual y reproductiva, la atención preconcepcional se constituye en una herramienta importante para identificar factores de riesgo para la salud de la mujer e intervenir —en los que sean modificables— con el objetivo de que la mujer esté en las mejores condiciones posibles cuando decida embarazarse, y así disminuir las complicaciones durante la gestación y lograr recién nacidos con el potencial para la adaptación a la vida extrauterina sin complicaciones.

El cuidado preconcepcional es un componente importante en el cuidado de las mujeres en edad fértil. Tiene como propósito la identificación de riesgos y el desarrollo de actividades dirigidas a su modificación, eliminación o atenuación mediante intervenciones desde los servicios de salud y por la mujer misma.

El cuidado preconcepcional permite identificar oportunamente condiciones de morbilidad, consumo de medicamentos, hábitos y estilos de vida que se consideran de riesgo para la madre, el feto y el recién nacido, contribuyendo a un buen resultado perinatal.

Evaluar y determinar el riesgo preconcepcional, educando a la mujer y a su pareja, contribuye a que estos planifiquen el momento oportuno para buscar el embarazo y ayuda a identificar las condiciones o plazos que influyen en la selección de un método anticonceptivo apropiado.

Es por ello que la enfermera debe tener en cuenta en el momento de la asesoría en salud sexual y reproductiva que, si la mujer desea o busca una gestación, se debe seguir un proceso de cuidado para atención preconcepcional.

La atención preconcepcional debe ser implementada como parte de la cultura de salud preventiva tanto de mujeres como de hombres y desde todos los servicios y niveles de atención. El profesional de enfermería como educador en salud, debe realizar acciones de información educación y comunicación (IEC), encaminadas a promover dentro de la población la búsqueda de la atención preconcepcional como parte de los cuidados para la salud y como parte del proyecto de vida de los individuos. Lo anterior debido a que un hijo debe ser el resultado de una planeación y decisión responsable y autónoma de las mujeres y sus parejas para que los niños y niñas sean acogidos, amados y protegidos en las mejores condiciones que les puedan brindar sus madres y padres. Es preocupante saber que en la actualidad, según la ENDS 2010, el 52% de los hijos han sido no planeados o no deseados (Profamilia, 2010).

Para brindar cuidado y atención preconcepcional por enfermería, es importante tener en cuenta el nivel de atención y las competencias que el profesional debe tener para el abordaje; también es importante tener presente que en los servicios de salud sexual y reproductiva se trabaja con el equipo interdisciplinar y las acciones deben estar coordinadas con el mismo y apoyadas en la legislación vigente y en los protocolos que en el momento existen como el AIEPI clínico y el Protocolo de Atención Preconcepcional (MSPS y UNFPA, 2014).

Los servicios de consulta preconcepcional deben estar disponibles desde el primer nivel de atención, para lo cual es necesario que el profesional de enfermería esté entrenado para realizar el tamizaje de los factores de riesgo reproductivo, realizar la asesoría e intervenciones de su competencia y para realizar remisiones oportunas a niveles superiores según lo establecido en este protocolo.

5.1

PROCEDIMIENTOS

5.1.1

Consulta inicial

En condiciones ideales debería realizarse un año antes de planear el embarazo, principalmente para las mujeres con patologías crónicas o enfermedades graves, donde se debe definir la conveniencia o no del embarazo, posponerlo o evitarlo definitivamente para lo cual se hará la asesoría anticonceptiva individualizada.

La consulta inicial, denominada de tamizaje estará a cargo del médico general o del profesional de enfermería que deberá identificar los factores de riesgo reproductivo e intervenir acorde a lo establecido en esta norma o remitir a profesionales especializados, dependiendo de lo encontrado en el tamizaje.

La consulta tendrá una duración de 40 minutos y deberá realizarse una adecuada historia clínica y examen físico, la tamización del riesgo reproductivo y los ordenamientos necesarios para garantizar una óptima evaluación.

Se recomienda que tanto en la consulta inicial como en las de control y seguimiento participe la pareja.

Los factores de riesgo reproductivo pueden ser biológicos, hereditarios o genéticos, ciertos antecedentes obstétricos, de la conducta o el comportamiento y psicosociales o económicos.

5.1.1.1

Riesgos biológicos

En los riesgos biológicos se incluyen condiciones especiales o los siguientes antecedentes:

- Edad menor de 16 años o mayor de 35 años.
- Estatura menor de 1.50 metros (mt).
- Peso menor de 45 Kilogramos (kg).
- Anomalía pélvica.

- Gran multiparidad.
- Período intergenésico menor de 12 meses.
- Historia de infertilidad.
- Mujer con RH negativo.
- Mujer con serología positiva.
- HIV/SIDA.
- Obesidad.
- Diabetes mellitus.
- Asma bronquial.
- Enfermedad cardíaca.
- Hipertensión Arterial Crónica.
- Trastornos de la tiroides y otras endocrinopatías.
- Caries Dentales.
- Accidente cerebro vascular (CCV).
- Cardiopatía isquémica.
- Anemia drepanocítica y otras anemias.
- Cáncer y trasplante.
- Cirrosis grave.
- Mutaciones trombogénicas.
- Enfermedad del trofoblasto.
- Tuberculosis (TBC).
- Infecciones de transmisión sexual (ITS).
- Enfermedad renal.

5.1.1.2

Enfermedades hereditarias o genéticas

- Hemofilias.
- Trombofilias.

- Neoplasias.
- Discapacidad o retardo mental.

5.1.1.3 Antecedentes Obstétricos con alto riesgo reproductivo

- Antecedente de muerte fetal o neonatal
- Antecedente de preeclampsia severa o eclampsia.
- Antecedente de embarazo ectópico.
- Antecedente de placenta previa o abruptio.
- Antecedente de parto pretérmino
- Antecedente de 2 o más abortos.
- Antecedente de malformación uterina o cirugía del útero
- Antecedente de 2 o más cesáreas.
- Antecedente de hijo con bajo peso al nacer o feto de más de 4.5 kg.

5.1.1.4 Riesgos de la conducta y los comportamientos

- Tabaquismo.
- Trastorno mental.
- Consumo de bebidas alcohólicas.
- Comportamiento sexual con exposición a ITS incluyendo VIH/SIDA.
- Drogadicción.
- Anorexia nervosa y bulimia.
- Obesidad.

5.2.1.5 Riesgos Psicosociales y Económicos

Las mujeres con bajos ingresos económicos tienen reducción de su salud física y emocional, menos conductas saludables y menos hábitos higiénicos. Además, menor acceso a los servicios de salud. Las

distintas etnias también marcan diferencias en los resultados reproductivos.

Aspectos como la violencia intrafamiliar, los desplazamientos, depresión y enfermedades psiquiátricas se deben tamizar como factores de riesgo.

5.1.2 Aspectos mínimos que debe evaluar la consulta preconcepcional:

- Condiciones médicas preexistentes.
- Nutrición, peso, trastornos alimenticios y actividad física.
- Hábitos deletéreos.
- Inmunizaciones.
- Historia reproductiva.
- Historia hereditaria o genética.
- Ingesta de medicaciones.
- Infecciones.
- Psicosociales.

5.1.3 Asesoría preconcepcional. Riesgos y recomendaciones

La atención preconcepcional de referencia para la orientación en este tipo de atención, se encuentra estandarizada en el “Protocolo de Atención Preconcepcional” (MSPS y UNFPA, 2014). Por su parte, la asesoría preconcepcional incluye la valoración del estado de salud con el propósito de identificar factores de riesgo³, especialmente los que corresponden a variables demográficas y de salud, que pueden estar relacionados con resultados adversos tanto en la madre como en el feto y el recién nacido.

³ El Riesgo es la probabilidad de que ocurra un evento; factor de riesgo es la condición biológica psicológica o social que aumenta la probabilidad de ocurrencia de un evento adverso.

Valore el estado de salud de la mujer y clasifique el riesgo preconcepcional. Para esta valoración puede utilizar la Guía para Clasificación del Riesgo Preconcepcional (AIEPI Clínico) (MSPS, 2012a), la Guía de criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos de la OMS (2009), o el Protocolo de Atención Preconcepcional (MSPS y UNFPA, 2014).

Según el Protocolo de Atención Preconcepcional, “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 (incluido uso actual y pasado de anticonceptivos), espaciamiento de los hijos y prevención del embarazo no deseado” (MSPS y UNFPA, 2014). A partir de estos temas, se debe proceder a la identificación de los factores de riesgo relacionados por áreas así:

Tabla 3. Factores de Riesgo preconcepcional, por áreas de evaluación

ÁREAS DE EVALUACIÓN	FACTORES DE RIESGO
Condiciones médicas preexistentes	Diabetes Mellitus
	Enfermedad tiroidea
	Epilepsia – Trastornos convulsivos
	Hipertensión
	Fenilcetonuria
	Artritis reumatoidea
	Lupus
	Enfermedad renal crónica
	Enfermedad cardiovascular
	Trombofilias
	Anemia
	Asma
	Tuberculosis
	Neoplasias
	Obesidad mórbida (IMC > 35)

ÁREAS DE EVALUACIÓN	FACTORES DE RIESGO
Nutrición, peso, trastornos alimenticios y actividad física	Ingesta prolongada de suplemento dietéticos
	Ingesta de dosis elevadas de vitamina A
	Deficiencia de vitamina D
	Deficiencia de calcio
	Deficiencia de ácidos grasos esenciales
	Deficiencia de iodo
	Sobrepeso
	Bajo peso
	Antecedente de cirugía o intervención para reducción de peso
	Alteraciones alimenticias (anorexia nervosa y bulimia)
	Deficiencia de actividad física
Hábitos no saludables	Ingesta de alcohol
	Tabaquismo
	Consumo de drogas o sustancias psicotrópicas
Estado de inmunizaciones	Virus del Papiloma Humano
	Hepatitis B
	Varicela
	Sarampión, paperas y rubéola
	Influenza
	Tétano, pertusis, difteria
Historia sexual y reproductiva	Parto pretérmino previo
	Cesárea previa
	Abortos previos
	Muerte fetal previa
	Gran multiparidad
	Período intergenésico menor 24 meses
	Incompatibilidad Rh
	Preeclampsia en el embarazo anterior
	Antecedente de recién nacido con peso menor de 2500 g.
	Antecedente de recién nacido macrosómico
	Antecedente de hemorragia postparto
	Antecedente de embarazo molar
	Antecedente de depresión postparto

ÁREAS DE EVALUACIÓN	FACTORES DE RIESGO
Historia hereditaria o genética	Edad materna mayor de 35 años
	Etnicidad (Etnias asociadas a ciertas condiciones)
	Historia familiar (de una condición genética conocida o de sospecha, múltiples familiares con la misma afectación o consanguinidad)
	Alteraciones genéticas conocidas (Edad temprana de aparición de una enfermedad). Diagnóstico de una enfermedad de menos frecuencia en ese sexo, bilateralidad o multifocalidad de una enfermedad, frecuentemente cáncer); enfermedad en ausencia de factores de riesgo o en presencia de medidas preventivas, una o más malformaciones mayores; retraso del desarrollo o retraso mental (cognitivo); anomalías en el crecimiento (restricción, asimetría del crecimiento o crecimiento excesivo)
	Hemofilia
Ingesta de medicaciones	Por Prescripción
	Medicación no recetada
	Suplementos dietéticos
Infecciones de transmisión sexual (ITS)	Virus de Inmunodeficiencia humana (VIH)
	Herpes simple
	Gonorrea
	Clamidia
	Sífilis
Otras infecciones	Citomegalovirus
	Toxoplasmosis
	Malaria
	Bacteriuria asintomática
	Enfermedad periodontal
	Vaginosis bacteriana
Riesgos Sicosociales	Edad menor de 16 años
	Violencia de género y sexual
	Discapacidad (Cognitiva – Sensorial)
	Contexto ambiental (ubicación, red de apoyo y acceso a servicios)
	Desplazamiento
	Depresión – Ansiedad
	Riesgos laborales

Fuente: Protocolo de Atención Preconcepcional⁴.

⁴ El manejo clínico, nivel de complejidad y profesional al que compete, laboratorios y exámenes clínicos requeridos, pueden ser consultados en el Protocolo de Atención Preconcepcional de la referencia.

Una vez identificados los factores de riesgo, estos deben ser informados a la mujer, explicándole los daños asociados a ellos, educándola sobre la forma de intervenirlos⁵ y haciendo la remisión a médico, ginecólogo u otro profesional del equipo de salud que se requiera.

Dentro de los riesgos más frecuentes que requieren asesoría como parte del cuidado de enfermería son los que a continuación se enuncian con sus respectivas recomendaciones:

Edad	Trastornos nutricionales
Los extremos de la edad reproductiva (menor de 19 años o mayor de 35 años), se consideran indicadores de riesgo por aumento en la probabilidad de complicaciones como bajo peso al nacer, amenaza y trabajo de parto prematuro, restricción en el crecimiento intrauterino, ruptura prematura de membranas, trastornos hipertensivos en la gestación, diabetes gestacional y complicaciones en el trabajo de parto. La mujer gestante menor de 15 años presenta una alta frecuencia de nacimientos pretermino (15.8%) que van disminuyendo a medida que avanza la edad de la madre, con tendencia a aumentar de nuevo por encima de los 40 años (Cerezo, Herrerar y Bran, 1999; Milectic y otros, 2002). Estas mujeres deben recibir educación dirigida a evitar la gestación en extremos de la vida fértil. Si es adolescente menor de 19 años promover el posponer la gestación hasta adquirir mayor madurez física. En mujeres mayores de 35 años, promover el uso de un método anti-conceptivo definitivo si su paridad está satisfecha; de lo contrario, remitirla al servicio de gineco-obstetricia para atención y seguimiento clínico especializado.	<i>Sobrepeso y obesidad:</i> El sobrepeso se define como un Índice de Masa Corporal (IMC) mayor de 25, o un 10% mayor del peso ideal del cuerpo. La obesidad se define como un Índice de Masa Corporal (IMC) mayor de 30 o un 20% por encima del peso ideal del cuerpo. La acumulación de adipositos viscerales se traduce en mayor producción de angiotensina II y reducción en la producción de adiponectina. La angiotensina II disminuye la expresión de proteínas transportadoras de glucosa (glut 4) apareciendo un estado de resistencia a la insulina. Un alto porcentaje de grasa corporal puede contribuir al desarrollo de hipertensión, enfermedad cardíaca, colesterol alto, diabetes, síndrome de resistencia a la insulina, enfermedad digestiva (Asociación Colombiana de Endocrinología, 2006). Para las mujeres en edad fértil, se recomienda promover en dieta baja en grasa, revisar los niveles de colesterol, azúcar, ejercicio aeróbico regular como caminar diariamente por lo menos 30 minutos. Si se detecta sobrepeso u obesidad, se debe remitir a nutricionista.

⁵ La identificación de algunos, la eliminación o control de varios de estos riesgos supone la remisión de la mujer o la pareja a consultas especializadas de gineco-obstetricia y otras especialidades médicas.

Déficit nutricional

La evidencia demuestra que el IMC de 18,5 o menos se asocia con desnutrición y esta, antes del embarazo, es un predictor de bajo peso al nacer y de restricción en el Crecimiento Intrauterino (RCIU), cuando la mujer se embaraza. Los factores nutricionales maternos constituyen uno de los principales elementos determinantes del crecimiento fetal en poblaciones con desnutrición (Belizan y otros, 2005).

Lo indicado en estos casos es la recomendación de alcanzar un buen estado nutricional antes de la gestación que garantice las reservas orgánicas necesarias para una gestación saludable, se constituye en un pilar fundamental en el conjunto de factores encaminados a promover mejores condiciones de salud. El Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) en sus guías alimentarias recomienda para la mujer no gestante un consumo diario de calorías de 300 kcal por día, 30 gramos de proteína por día, calcio 800 miligramos (mg), suplementar con ácido fólico 440 a 460 nanogramos por día, hierro 30mg por día (MSPS e ICBF, 2004). Por su parte el Protocolo de Atención Preconcepcional recomienda realizar una evaluación sobre desordenes de alimentación y remitir a valoración y manejo por equipo multidisciplinar liderado por psiquiatra.

El IMC de 18.5 o menos se asocia con desnutrición.

Antecedentes personales Patológicos

Son las mujeres con antecedentes de diabetes mellitus, enfermedad tiroidea, epilepsia, hipertensión, fenilcetonuria, artritis reumatoide, lupus eritematoso, enfermedad renal crónica, enfermedad cardiovascular, trombofilia, asma, TBC, neoplasias principalmente. Estas mujeres se remitirán para manejo por especialista de acuerdo a cada condición particular y por especialista en ginecología y obstetricia.

Antecedentes de gestaciones anteriores

Puesto que los eventos obstétricos tienden a repetirse, es importante investigar morbilidad sufrida en estas gestaciones como abortos previos, trastornos hipertensivos, diabetes gestacional, antecedentes de prematuridad o bajo peso al nacer, mortinatos, malformaciones congénitas, defectos del tubo neural (Bailey, 1992; Calvo y Biglieri, 2008).

La existencia de antecedentes de malformaciones puede llevar a recomendar que se prevengan nuevos embarazos, por el riesgo alto de repetición en el nuevo bebé. En caso de que la pareja desee una nueva gestación, se requiere asesoría y seguimiento en un nivel de alta complejidad para una mejor planificación y cuidado de la futura gestación.

Otros antecedentes a tener en cuenta son el embarazo múltiple. Aproximadamente del 30 al 50% de embarazos múltiples terminan en parto pretérmino (8.8% de los nacimientos ocurrieron antes de la semana 32) (Asztalos y otros, 2001), y las infecciones como vaginosis, dado que esta aumenta al doble el riesgo de parto pretérmino logrando su disminución hasta en un 80% con el tratamiento (Villanueva y otros, 2008)

Consumo de alcohol, tabaco y sustancias psicoactivas:

El consumo de drogas ilícitas tiene consecuencias adversas para la gestación y para el recién nacido; el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas predispone a comportamientos sexuales de riesgo y maternidad temprana. Cuando la mujer inicia su embarazo con una alta exposición al alcohol el feto queda expuesto a riesgo de malformaciones, restricción del crecimiento intrauterino, daño neurológico, retraso mental, aborto, síndrome de feto alcohólico y asfixia perinatal, entre otras alteraciones. El consumo de cocaína se relaciona con bajo peso al nacer, restricción en el crecimiento intrauterino y abrupcio de placenta (Banstra, 2002; Balat, 2003)

Por su parte a nivel fetal el hábito del tabaco se asocia con restricción del crecimiento intrauterino, prematuridad, bajo peso al nacer y muerte súbita del lactante. El uso de cocaína durante el embarazo se ha asociado a bajo peso al nacer, prematuridad, muerte perinatal, desprendimiento de placenta normal inserta y niños pequeños para la edad gestacional. El uso de marihuana se ha asociado con efectos en el desarrollo intelectual evaluado durante la niñez.

Las mujeres en edad reproductiva en quienes se documenten hábitos de consumo deberán ser derivadas a programas de cesación en el consumo, para lo cual deberán ser valoradas y tratadas por un equipo multidisciplinario liderado por psiquiatra.

Inmunizaciones

El médico general y/o la(él) enfermera(o) del programa serán los responsables de evaluar el estado de inmunización y de garantizar que la mujer en edad reproductiva complete su esquema de vacunación al menos tres meses antes de embarazarse. Las vacunas que debe tener la mujer que ha tomado la decisión de embarazarse son: Hepatitis B, Varicela, Rubeola, Sarampión, Influenza, Tétano, Pertusis, Difteria. La vacuna contra el Virus del Papiloma Humano es de reciente incorporación al Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) del país, por lo que se tendrá en cuenta para valoraciones posteriores.

Antecedentes reproductivos

Las mujeres con antecedentes de parto prematuro previo, cesárea previa, abortos previos, muerte fetal previa, deberán ser remitidas para valoración y asesoría reproductiva por el especialista en obstetricia y ginecología.

Antecedentes genéticos y familiares. Recomendación

Las mujeres con antecedentes genéticos y familiares deberán ser remitidas para valoración y asesoría reproductiva por el especialista en obstetricia y ginecología, quien definirá la pertinencia de valoración por genetista o multidisciplinaria dependiendo de cada condición en particular. El interrogatorio sobre la historia familiar debe ser hasta en tres generaciones en ambos miembros de la pareja, ya que ese es considerado un método accesible que puede orientar sobre el futuro embarazo. Se consideran factores de riesgo: antecedentes familiares de hipertensión arterial, diabetes, madre o hermanas que sufrieron pre eclampsia y/o eclampsia, embarazo gemelar, entre otros (Scott, 1976; Hoff y otros, 1992).

Medicación

El médico general y/o la enfermera del programa serán los responsables de evaluar el uso de medicaciones por parte de la mujer en edad reproductiva y deberán recomendar la suspensión de la ingesta cuando la medicación es categoría X. Cuando la mujer está recibiendo un medicamento por una condición médica específica, se debe remitir al especialista tratante para el cambio del medicamento por una medicación segura antes de la concepción.

Aspectos sicosociales

Violencia de género y sexual, discapacidad, contexto ambiental. Las mujeres con factores de riesgo relacionados con aspectos sicosociales deberán ser evaluadas e intervenidas por el médico general y/o la enfermera profesional acorde a lo establecido en los abordajes de violencia de género y sexual; salud mental; contexto ambiental y discapacidad en el SGSSS de Colombia (ubicación, red de apoyo y acceso a servicios), desplazamiento, depresión – ansiedad.

Enfermedades infecciosas

HIV, citomegalovirus, herpes simple, toxoplasmosis, malaria, gonorrea, clamidias, sífilis, bacteriuria asintomática, enfermedad periodontal, vaginosis bacteriana. Ante cualquiera de estas infecciones se debe remitir al médico para tratamiento y seguimiento.

5.1.4. Valoración del estado de salud

- Realice anamnesis completa, haciendo énfasis en los factores de riesgo enunciados en el punto anterior. Explore creencias y mitos con respecto a la gestación y prácticas de cuidado cultural durante la misma.
- Realice examen físico general:

Peso, Talla, IMC.
Evalué nutricionalmente con base en IMC:
IMC menor de 18.5: déficit.
IMC de 18.5 a 24.9: normal.
IMC de 25 a 29.9: sobrepeso.
IMC mayor igual a 30: obesidad.
- Inspeccione piel, mucosa, palidez palmar.
- Revise cavidad oral (sangrado, inflamación, halitosis, caries).
- Inspeccione y palpe mamas.
- Inspeccione y palpe abdomen.
- Revise genitales externos (características, presencia de lesiones ulcerativas, condilomas, secreciones vaginales).
- Revise esquema de vacunación.
- Clasifique el riesgo preconcepcional.
- Elabore plan de cuidados según diagnósticos establecidos.
- Remita al médico para el tratamiento de morbilidad asociada.

- Remita y active la ruta/flujoograma de atención en caso de sospecha o identificación de un evento de interés en salud pública (violencia, eventos de vigilancia epidemiológica, entre otros).
- Remita y active la ruta/flujoograma de atención en otros programas (Servicios de Salud Amigables para Adolescentes, Programa de Prevención y Control de Cáncer de Cérvix, Odontología, Nutrición, entre otros).
- Programe próxima visita de control.

Si la mujer está en condiciones de embarazarse, indíquele el consumo de ácido fólico, asesoría en higiene, salud bucal, estilos de vida sana, nutrición, ejercicios y prevención de exposición a tóxicos, drogas e infecciones. Explique signos y síntomas de gestación e indique la importancia de iniciar el control prenatal tempranamente.

Las decisiones se deben basar en una elección informada y los derechos reproductivos de la mujer se deben considerar en cualquiera de las decisiones.



6



**CUIDADO DE
ENFERMERÍA
PARA LA MUJER
SIN INTENCIÓN
REPRODUCTIVA Y QUE
REQUIERE SERVICIOS
DE ANTICONCEPCIÓN**

El cuidado de la salud sexual y reproductiva, incluidos los servicios de anticoncepción y la información, no solo es una intervención clave para mejorar la salud de los hombres, las mujeres, las niñas y los niños, sino que además es un derecho humano.

Todos los individuos tienen derecho al acceso, la elección y los beneficios del avance científico en la selección de métodos de anticonceptivos. El enfoque basado en los derechos supone una consideración holística de las y los usuarias(os), lo que incluye tomar en consideración las necesidades de cuidado de su salud sexual y reproductiva y analizar todos los criterios de elegibilidad para ayudar a las personas a elegir y usar un método de planificación.

Así mismo el cuidado de la salud sexual y reproductiva considera la anticoncepción como una de las intervenciones más eficaces en el mejoramiento de la salud de hombres y mujeres. Está fundamentada en los derechos sexuales y reproductivos que todo ser humano debe ejercer, por lo que el Estado colombiano debe garantizarle a los ciudadanos en las diferentes etapas del ciclo vital, la más amplia información y servicios de anticoncepción seguros y aceptables para controlar la fecundidad, incluida la anticoncepción de emergencia.

Actualmente el Ministerio de Salud reconoce la anticoncepción como una prioridad e incorpora la “Guía para la atención en anticoncepción a hombres y mujeres” en el marco de la Ley 100 de 1993, como una de las prioridades en la salud de las personas. El MSPS mediante las Resoluciones 769 y 1973 de 2008, definió el marco de la actuación de los prestadores de servicios de salud frente a la anticoncepción. De igual manera, en este proceso, el país recoge recomendaciones de la OMS acordadas en la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo realizada en El Cairo en 1994 (ONU, 1994) e implementa la

Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva con el propósito de contribuir a la disminución de gestaciones no deseadas que concluyen en abortos inseguros, reducir la mortalidad materna y perinatal y disminuir la fecundidad en adolescentes.

Para efectos de este protocolo se debe consultar la norma técnica para la atención a hombres y mujeres en anticoncepción, contenida en las Resoluciones 769 y 1973 de 2008 del Ministerio de Salud.

6.1 PROCEDIMIENTOS

6.1.1 Consulta de Anticoncepción

Si la mujer tiene la determinación de evitar una gestación requiere protección anticonceptiva, por lo cual el profesional de enfermería debe brindar asesoría en métodos anticonceptivos, realizar valoración del estado de salud, apoyarse en los criterios de elegibilidad de la OMS y proveer el método anticonceptivo a la mujer.

6.1.1.1 Asesoría en métodos anticonceptivos

- Previo a la valoración del estado de salud, el profesional de enfermería debe informar a la mujer sobre las diferentes opciones anticonceptivas existentes sin exclusión alguna, sus mecanismos de acción, ventajas desventajas, riesgos y consecuencias del uso, apoyándose en este protocolo y en los criterios médicos de elegibilidad para el uso de los métodos anticonceptivos de la OMS y las ayudas relacionadas con este. (OMS, 2003 a y b)
- Ayude a la usuaria y a su pareja, en caso de que esta asista, a elegir un método de anticoncepción; apóyese en las Resoluciones 769 y 1973 de 2008, así como en la resolución 5521 de 2013. De igual manera puede consultar la “Guía como ayudar a los (as) usuarios (as) a elegir un método de anticoncepción” (OMS, 2007) o instrumentos similares a su disposición.

6.1.1.2 Valoración del estado de salud

- Realice la anamnesis completa haciendo énfasis en antecedentes gineco-obstétricos, características del sangrado menstrual, toma de medicamentos.
- Explore creencias y mitos con respecto a la menstruación, presencia de amenorrea y cambios en los periodos menstruales que puedan influenciar el uso del método.
- Interrogue sobre eventos adversos relacionados con el uso de métodos anticonceptivos ya utilizados y satisfacción con el uso actual.
- Descarte gestación verificando los siguientes aspectos:
 - *No ha tenido relaciones sexuales desde la última menstruación.*
 - *Está usando la anticoncepción correcta y sistemáticamente.*
 - *No han transcurrido más de 7 días de postaborto.*
 - *No han transcurrido más de 4 semanas de postparto (no amamanta).*
 - *No han transcurrido más de 6 meses postparto, amamanta exclusivamente y está amenorréica. Descartar la posibilidad de gestación con una prueba de embarazo.*

- Realice examen físico general.
- De acuerdo con hallazgos encontrados, elabore diagnósticos de enfermería.
- Elabore plan de cuidados según diagnósticos establecidos, ordenando el método anticonceptivo elegido por la usuaria y utilizando la guía de criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos de la OMS.
- Remita al médico para el tratamiento de morbilidad asociada.
- Remita y active la ruta/flujograma de atención en caso de sospecha o identificación de un evento de interés en salud pública (violencia, intento de suicidio, eventos de vigilancia epidemiológica, entre otros).
- Remita y active la ruta/flujograma de atención en otros programas (Servicios de Salud Amigables para Adolescentes, Programa de Prevención y Control de Cáncer de Cérvix, entre otros).
- Programe próxima visita de control.

Las decisiones se deben basar en una elección informada y los derechos reproductivos del individuo se deben considerar en cualquiera de las decisiones.

6.1.1.3 Elección del método anticonceptivo

El profesional de enfermería debe tener en cuenta en la asesoría que le da a la mujer para la selección del método anticonceptivo, además de los criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos de la OMS, algunas condiciones especiales como son:

- **Paridad:** Es importante conocer este dato, pues orienta sobre el método que podemos recomendar a la mujer. Por ejemplo a una mujer que ya tiene hijos y no desea más se le orientará hacia la decisión por la ligadura de trompas; en ese mismo sentido, a una mujer que ha tenido dos o más partos por vía vaginal no se le recomendará el DIU dado el riesgo de expulsión de este.

- **Factores culturales:** Es importante conocer la cultura de las personas y sus prácticas alrededor de la anticoncepción, para así realizar un abordaje respetuoso de la cultura y dar un cuidado culturalmente congruente pero sustentado en la evidencia científica frente a la utilización de los métodos anticonceptivos.
- **Periodicidad de la actividad sexual:** Conocer la frecuencia con que las personas tienen actividad coital es importante al momento de orientar sobre la utilización de los métodos anticonceptivos. Por ejemplo, si las relaciones sexuales son esporádicas se puede orientar un método de barrera como el preservativo o condón acompañado de un espermicida. Si la persona tiene relaciones coitales frecuentemente se orientará hacia la utilización de métodos que protejan permanentemente y a largo plazo como los anovulatorios orales o inyectables, los implantes subdérmicos, el DIU, entre otros.
- **Deseo de privacidad:** Uno de los ejemplos en nuestro medio son las adolescentes, que han iniciado actividad sexual y desean protegerse del embarazo sin ponerse en evidencia frente a sus padres o familiares. En este caso en vez de orientar hacia el uso de anovulatorios orales que deben ser tomados diariamente y los empaques con las píldoras o tabletas hay que cargarlos siempre o tenerlos a mano y pueden ser fácilmente descubiertos por otras personas, se puede orientar a las adolescentes para la utilización de anovulatorios inyectables, implantes subdérmicos, entre otros.
- **Riesgo de infección de transmisión sexual VIH/ SIDA:** Un ejemplo de esta situación son las trabajadoras sexuales que están más expuestas a contraer infecciones de transmisión sexual incluyendo el VIH; a estas mujeres no se les colocará el DIU dado que este aumenta el riesgo.

Es importante recordar que a toda persona que acude a solicitar un método anticonceptivo, se le orientará hacia la utilización de la “doble protección”. Esto quiere decir que, además del método

anticonceptivo elegido, se debe utilizar el condón como único método moderno disponible en la actualidad para disminuir el riesgo de infecciones de transmisión sexual incluyendo el VIH.

6.1.2 Anticoncepción de emergencia

La anticoncepción de emergencia se refiere a los métodos anticonceptivos que pueden usar las mujeres para impedir la gestación después de una relación sexual no protegida. Se recomienda en los siguientes casos:

- Después de un ataque o violación sexual.
- Cuando un condón se rompe.
- Cuando una mujer olvida tomar las píldoras anticonceptivas.
- Cuando la mujer tiene una relación sexual y no utiliza ningún método anticonceptivo.

Tipos de anticonceptivo de emergencia

Existen varias alternativas para la anticoncepción de emergencia con anovulatorio oral (OMS, 2012), (NIV GRB).

Hormonal: Es un solo comprimido que contiene 1.5 mg de levonorgestrel. Otra opción es la toma en dos dosis, cada una de las cuales contiene 0.75 mg de levonorgestrel. Ambas píldoras se pueden tomar al mismo tiempo o como dos dosis separadas con un intervalo de 12 horas. La OMS recomienda una dosis de 1.5 mg de levonorgestrel administrada entre los cinco días (120 horas) posteriores a la relación sexual sin protección.

Los estudios han demostrado la alta efectividad de los anticonceptivos orales de emergencia (Cheng y otros, 2008) (NI GRA); sin embargo, también reflejan que entre menos tiempo haya transcurrido entre la relación sexual sin protección y la toma de las píldoras, mayor es la efectividad anticonceptiva.

Dispositivo Intrauterino: El otro anticonceptivo de emergencia que se considera efectivo es el dispositivo intrauterino de cobre. Si se coloca dentro

de los cinco días posteriores a la relación sexual sin protección, este dispositivo es el método más eficaz y seguro de anticoncepción de emergencia. Los riesgos de infección, expulsión o perforación, son bajos. La única situación en la que de ninguna manera se puede utilizar un dispositivo intrauterino de cobre como método anticonceptivo de emergencia, es el embarazo. Su uso como método anticonceptivo regular tiene otras contraindicaciones, que también se deben tomar en cuenta antes de usarlo como método de emergencia. Para más información, véase: Criterios de elegibilidad de la OMS para el uso de anticonceptivos (OMS, 2009).

6.1.3 Anticoncepción en la adolescencia

Las mujeres adolescentes en nuestro país constituyen una población de interés para los servicios de salud sexual y reproductiva dada la alta incidencia de gestaciones en este grupo poblacional, por lo cual el profesional de enfermería ha de tener especial atención con estas usuarias. Conociendo las implicaciones que para la mujer menor de 18 años tendría una gestación no deseada y que existen los métodos anticonceptivos para prevenirla, la mujer, en el ejercicio de su autonomía, podrá tomar decisiones sobre la utilización de ellos.

De acuerdo con sentencias de la Corte Constitucional con referencia al artículo 1504 del Código Civil, los actos de los menores adultos pueden tener valor en ciertas circunstancias, pues la incapacidad del menor adulto no es absoluta” (Corte Constitucional, 2002; República de Colombia. Código de Procedimiento Civil).

El estado debe garantizar la salud y los derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes, a partir de la interpretación de la Convención sobre los Derechos del Niño adoptados por Colombia (República de Colombia, Ley 12 de 1991) que se refiere entre otros, al reconocimiento y garantía de la no discriminación, a la libertad de expresión, de pensamiento, de conciencia y religión, a la

protección de la vida privada, al acceso a una información adecuada y a la educación (Corte Constitucional de Colombia, Sentencia 93, 2001).

Con respecto a la sexualidad y la anticoncepción en el grupo de adolescentes, las leyes sobre derechos y varias sentencias de la Corte Constitucional han aclarado el panorama y las obligaciones de los prestadores de servicios de salud. El derecho a la salud, establecido en la Convención sobre los Derechos de los Niños⁶, y define como obligación del estado: “Desarrollar la atención preventiva de la salud y la educación y servicios en materia de planificación de la familia”.

El ejercicio de la sexualidad es un acto autónomo de las personas y en consecuencia, es contradictorio exigir la autorización de los padres para la aplicación de un método temporal de planificación a una adolescente (Corte Constitucional de Colombia. Sentencia 814 de 2001 y Sentencia 184 de 2003).

Los adolescentes pueden tomar la decisión de ejercer su sexualidad y también pueden tomarla sobre la forma de hacerlo para que sea de una manera placentera, responsable y libre de riesgo de un embarazo no deseado (Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T477 de 1995).

Los y las adolescentes tienen la posibilidad de tomar decisiones sobre su cuerpo y su salud que no pongan en riesgo su vida, como optar por una Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), en los términos que dicta el marco constitucional colombiano (Corte Constitucional de Colombia. Sentencia C-355 de 2006); es importante resaltar que incluso pueden decidir una situación tan compleja como dar a su hijo en adopción.

La edad no constituye una razón para negar un método anticonceptivo en la adolescencia; algunas alteraciones que pueden limitar el uso de métodos en mujeres mayores, en general, no afectan a las jóvenes. El uso de métodos que no requieren un régimen diario puede ser más apropiado para esta población como son los inyectables hormonales mensuales, los implantes de levonorgestrel y etonogestrel. También pueden ser utilizados los anticonceptivos orales de solo progestina y los métodos de barrera.

No se sabe todavía si el uso de acetato de medroxi-progesterona de depósito en adolescentes afecta los niveles máximos de masa ósea y el riesgo de fracturas en el futuro. La mayoría de estudios concluyen que las adolescentes usuarias de anticonceptivos orales combinados con dosis bajas de etinilestradiol y anticonceptivos de progestina sola, muestran una densidad mineral ósea disminuida a lo largo del tiempo en comparación con aquellas que no los usan (O’Connell, Osborne y Westhof C, 2005) (NII GRA); (Beksinska, 2007) (NII GRA); (Bahamondes, 1999) (NII GRA); (Scholes y otros, 2005) (NII GRA).

Recomendación:

Orientar hacia el uso de métodos que NO requieren un régimen diario como son los inyectables hormonales mensuales, los implantes de levonorgestrel y etonogestrel y los métodos de barrera.

Limitar a un máximo de tres años los anticonceptivos inyectables a base de acetato de medroxiprogesterona en las adolescentes.

6.1.4 Anticoncepción en la etapa de la perimenopausia

Para las mujeres en esta etapa se recomiendan métodos eficaces que no representen riesgos potenciales de patologías concomitantes, debidos a los cambios hormonales propios de esta etapa de la vida. En mujeres adultas los anticonceptivos hormonales combinados tienen poco o ningún efecto en la masa ósea, mientras que en la perimenopausia aparentemente conserva la masa ósea.

⁶ Es el tratado internacional de las Naciones Unidas a través del cual se enfatiza que los niños tienen los mismos derechos que los adultos, y se subrayan aquellos derechos que se desprenden de su especial condición de seres humanos que, por no haber alcanzado el pleno desarrollo físico y mental, requieren de protección especial. Es el primer tratado vinculante a nivel internacional que reúne en un único texto sus derechos civiles, políticos, sociales, económicos y culturales.

Las mujeres posmenopáusicas que siempre han usado anticonceptivos orales combinados, tienen una densidad ósea similar a las que nunca los han utilizado (Scholes y otros, 2005).

En relación con los anticonceptivos de solo progestina, la mayoría de los estudios muestra una densidad ósea disminuida a lo largo del tiempo entre las usuarias de este método, pero lo recuperan luego de interrumpir su uso (Scholes y otros, 2005), se desconoce si esta disminución en la densidad ósea aumenta el riesgo de fracturas más adelante, luego de la menopausia.

Se considera que la mujer llegó a la menopausia cuando sus ovarios dejan de liberar óvulos. Debido a que a medida que se va aproximando a la menopausia ya no menstrúa todos los meses, se considera que una mujer deja de ser fértil una vez que transcurrieron 12 meses seguidos sin menstruar. La menopausia ocurre entre los 45 y 55 años de edad. Aproximadamente la mitad de las mujeres ya llegaron a la menopausia a los 50 años. A la edad de 55 años el 96% de las mujeres ya llegó a la menopausia. A fin de prevenir el embarazo hasta que esté claro que dejó de ser fértil, una mujer mayor puede utilizar cualquier método si no tiene una patología médica que limite su uso. La edad por sí sola no representa una limitación para la mujer para usar cualquiera de los métodos anticonceptivos.

Recomendación:

Las mujeres fumadoras, sin importar cuánto fumen, de 35 años de edad o mayores, no deben utilizar anticonceptivos orales combinados (AOC), parches o anillos vaginales. Las mujeres fumadoras, que consumen 15 o más cigarrillos por día, de 35 años de edad o mayores, no deben utilizar inyectables mensuales las mujeres de 35 años de edad o mayores que padecen cefaleas migrañosas (con o sin aura) no deben utilizar AOC, inyectables mensuales, parches o anillos vaginales.

Para las mujeres que no pueden utilizar métodos con estrógenos es una buena opción los métodos

de progestágeno solo (anticonceptivos orales o inyectables que contienen progestágeno solo, implantes).

Las mujeres en la premenopausia pueden utilizar la anticoncepción de emergencia cuando la requieran. También pueden utilizar condones masculinos y femeninos y espermicidas. El DIU puede utilizarse dado que las tasas de expulsión disminuyen a medida que aumenta la edad, pero puede ser más dificultosa la inserción en estas mujeres dada la menor elasticidad del canal cervical. La esterilización femenina o la vasectomía para la pareja, es una buena opción para las mujeres que ya no desean tener hijos.

6.1.5 Anticoncepción en el postparto

La lactancia materna es una de las condiciones especiales a tener en cuenta cuando se orienta a la mujer sobre los métodos recomendados en esta etapa. En algunos casos especiales como el de madres con VIH, se desaconseja la lactancia. En el caso de que la mujer esté lactando, se deben seguir las indicaciones de la OMS en los criterios de elegibilidad médica.

La orientación y educación a la mujer para la anticoncepción después del parto, debe iniciarse desde que ella asiste a los controles prenatales. Algunos profesionales de enfermería realizan la asesoría y la educación solo en el puerperio inmediato y mediato, momentos en los que la mujer puede estar cansada por el parto y por los cuidados a su recién nacido. Uno de los estudios revisados para este protocolo, mostró que la educación sobre anticoncepción en el momento del puerperio puede ser poco efectiva (Hiller, Griffith, y Jenner, 2007) (NII GRA), por lo cual se recomienda que la asesoría u orientación sobre anticoncepción posterior, se brinde durante los controles prenatales o en actividades grupales como los cursos para la maternidad y paternidad que se brindan a las gestantes y a sus parejas.

El Método de Amenorrea de la Lactancia (MELA), puede ser indicado a las mujeres que lactan exclusivamente a su bebé como método de planificación, basado en el efecto natural de la lactancia sobre la fertilidad. Su efectividad está relacionada con el cumplimiento estricto de las siguientes condiciones: 1. La mujer no ha vuelto a menstruar. 2. El bebé está siendo alimentado exclusivamente con leche materna durante el día y la noche. 3. El bebé tiene menos de 6 meses de edad (OMS, 2011).

Recomendaciones:

La orientación y educación a la mujer para la anticoncepción después del parto, debe iniciarse desde los controles prenatales, los cursos para la maternidad y paternidad que se brindan a las

gestantes y a sus pareja, en el puerperio inmediato y en los controles postparto.

Considerar la opción del MELA cuando la paciente lo solicite y hacer una amplia explicación de su efectividad SOLO si se cumplen, de manera permanente y estricta, las condiciones anotadas.

Actualmente en el puerperio se indica como primera elección anticonceptiva un método no hormonal (métodos de barrera, DIU o métodos definitivos si la paridad está satisfecha); como segunda opción están los métodos hormonales sin estrógeno como los orales solo de progestina, implantes subdérmicos y la inyección trimestral de medroxi-progesterona. Los métodos hormonales deben ser iniciados a las 6 semanas postparto (OMS, 2003, b).



7

**CUIDADOS DE
ENFERMERÍA
PARA LA MUJER EN
EDAD REPRODUCTIVA,
ENCAMINADOS A
LA PREVENCIÓN,
DETECCIÓN Y
TRATAMIENTO DE
LAS INFECCIONES DE
TRANSMISIÓN SEXUAL
(ITS).**

El profesional de enfermería, como parte del equipo de salud, cumple una importante labor en las acciones encaminadas a la prevención de las ITS, en el tratamiento y a la rehabilitación de las secuelas dejadas por estas en los hombres y mujeres que acuden a los servicios de salud sexual y reproductiva. Son prioridades de salud pública y del enfoque de atención primaria, la promoción y el fomento de la salud, tendientes a crear o reforzar conductas y estilos de vida saludables, modificar o suprimir aquellos que no lo sean, a informar sobre riesgos, factores protectores, enfermedades, servicios de salud, derechos y deberes de los ciudadanos en materia de salud.

7.1**PROCEDIMIENTOS****7.1.1 Valoración****7.1.1.1 Obtención de información**

- Solicite a la mujer que relate el motivo por el cual consulta y de tiempo para que ella de la información requerida.
- Indague sobre la situación actual de salud de la mujer.
- Responda las preguntas que ella realice utilizando un lenguaje sencillo.
- Identifique el lugar de origen y procedencia de la mujer para conocer aspectos culturales que influyen en su percepción y vivencia de la sexualidad y de conocimientos culturales frente a las infecciones de transmisión sexual.
- Registre la información completa en la historia clínica de la usuaria asegurándole la confidencialidad de la misma.

De manera particular para Orientar el diagnóstico de una ITS se debe indagar sobre los siguientes aspectos:

- Ser contacto sexual de una persona considerada caso confirmado o no, de una ITS. Se considera contacto a toda persona que tuvo una relación contacto sexual con un caso de ITS/ VIH sintomático o asintomático.
- Ser contacto sexual de una persona con conductas de riesgo para una ITS.
- Antecedentes personales relacionados con comportamientos sexuales de riesgo o de haber padecido ITS.
- Ser usuaria de sustancias psicoactivas incluyendo el alcohol.

7.1.1.2 Examen físico

El examen físico permite confirmar los síntomas descritos por la mujer y verificar si hay signos de ITS.

- Si la mujer refiere molestias como dolor, ardor, brotes, flujos o prurito en sus genitales, entonces explíquele la importancia de realizarle el examen físico.
- Provea una bata limpia, idealmente desechable para que la mujer se retire toda su ropa y se coloque la bata que usted le entrega.
- Tenga disponible el equipo necesario para tomar un frotis vaginal si se requiere. Explique a la mujer la importancia de la toma del frotis vaginal y el procedimiento para que se disminuya la ansiedad y logre su colaboración.
- Observe los genitales externos y toda la región perineal en busca de verrugas, brotes, eritema, laceraciones, flujos. Si se requiere la especuloscopia, observe el cuello y sus características.
- Por último realice tacto genital bimanual para detectar signos de enfermedad pélvica inflamatoria.

7.1.1.3 Diagnóstico

Realice el diagnóstico de enfermería y el diagnóstico clínico presuntivo de ITS. Dependiendo de los hallazgos en la entrevista y en el examen físico, usted debe planear las intervenciones y los cuidados para la mujer:

- Referir al médico para manejo sintomático (MSPS y Colciencias, 2013) en caso de encontrar signos y síntomas sugestivos de ITS.
- Si no fuere posible la atención por médico, inicie el manejo sintomático el cual contempla detalladamente los niveles de evidencia y recomendación según la orientación de la OMS que indica que el manejo sintomático debe ser hecho por un profesional de salud. Por ello se recomienda que en casos en que no se cuenta con profesional médico como en áreas rurales dispersas o cuando hay riesgo de que el

usuario no vuelva a consultar, el profesional de enfermería indique el tratamiento sintomático según la guía de práctica clínica (MSPS y Colciencias, 2013).

- Informe, oriente y asesore sobre factores de riesgo para ITS y conductas protectoras.
- Refuerce la importancia de la utilización correcta y consistente del condón (usarlo todas las veces que se tengan relaciones sexuales con penetración). Explique a la mujer y preferiblemente con su pareja que el uso correcto del condón requiere los siguientes pasos:

Asegúrese de tener un condón antes de necesitarlo. Se puede adquirir en un centro de salud, en la unidad de medicina familiar o en una farmacia.

Verifique su fecha de caducidad.

Explique que el condón debe ponerse cuando el pene se encuentre en erección.

Presione el centro del empaque para verificar que se forma una burbuja de aire; abrir el empaque sin presionar con las uñas ni los dientes y sacar el condón.

Verificar el lado hacia el cual se debe desenrollar el condón.

Sujetar la punta del condón y presionar para sacar el aire. Es necesario dejar lugar para almacenar el semen.

Si no hay circuncisión, se debe correr el prepucio (piel delgada que cubre la cabeza del pene).

Sin soltar la punta, desenrollarlo hasta la base del pene.

Utilizar lubricantes a base de agua, nunca vaselina o cremas porque dañan el condón.

Después de la eyaculación, sostener el borde del condón en la base mientras se saca el pene. De esta manera el condón no se mueve.

Quitar el condón sin derramar el semen.

Envolver el condón en papel higiénico antes de desecharlo.

Tirar el condón en la basura.

Utilizar otro condón si se tiene otra relación sexual.

- Entregue condones a la mujer según lo dispuesto por la legislación en salud y por el centro hospitalario.
- Asegúrese que la mujer recibe los medicamentos indicados para la ITS en el centro hospitalario. Pregúntele si tiene dudas e inquietudes respecto a la toma de los medicamentos.
- Indague si tiene alguna duda frente a su situación de salud sexual y reproductiva o frente a las prácticas sexuales seguras.
- Indíquele la fecha para la consulta de control.
- Refiera a la consulta preconcepcional o a la de anticoncepción si fuere necesario.
- Refiera al programa de detección precoz de cáncer de cérvix y de mama.
- Remita y active la ruta/flujograma de atención en caso de sospecha o identificación de un evento de interés en salud pública (violencia, intento de suicidio, eventos de vigilancia epidemiológica, entre otros).

Asegúrese que al dejar el centro de salud o clínica, las mujeres con ITS comprendan y recuerden estos mensajes (USAID, 1993):

1

Cure su infección: Tome toda la medicación indicada incluso si desaparecen los síntomas o se siente mejor. Si no toma toda la medicación, los síntomas pueden retornar.

2

No propague las ITS: Absténgase de toda actividad sexual hasta haber tomado todos los medicamentos y no tener más síntomas. De lo contrario puede transmitirla ITS a su pareja. Tampoco debe tener relaciones sexuales hasta que su pareja haya sido tratada. Si desea hacerlo, use condones con todas sus parejas.

3

Ayude a sus contactos sexuales a recibir tratamiento: Asegúrese de que acudan al centro hospitalario para que reciban tratamiento.

4

Regrese para asegurarse de estar curado: Regrese en dos semanas para nueva valoración y más tratamiento si continúan con los síntomas.

5

Manténgase sano usando condones: Use siempre condones con todas las parejas sexuales ocasionales y con su pareja habitual.

6

Evite riesgos manteniendo relaciones con una sola pareja: Si mantiene relaciones sexuales con varias personas, corre más riesgo de que una de ellas tenga una ITS y lo infecte. Incite a su pareja a mantener relaciones sexuales solo con usted.

7

Protéjase contra el SIDA: Si tiene una ITS, el riesgo de contraer el VIH es mayor.

8

Proteja a su bebé: Si está en período de gestación acuda pronto a control prenatal y permita que le realicen las pruebas de laboratorio necesarias para detectar ITS incluyendo sífilis y VIH, y así recibir tratamiento oportuno. Si está buscando un embarazo, acuda a consulta preconcepcional para que le efectúen un examen clínico y pruebas de laboratorio para detección y tratamiento previo de ITS, sífilis y de VIH.



8

**CUIDADO DE
ENFERMERÍA
PARA LA MUJER EN
EDAD REPRODUCTIVA
ENCAMINADO AL
CONTROL DE RIESGO,
PREVENCIÓN,
DETECCIÓN
TEMPRANA Y
VIGILANCIA DEL
CÁNCER DE CUELLO
UTERINO Y DE MAMA**

El profesional de enfermería como, parte del equipo de salud, cumple una importante labor en las acciones encaminadas a la prevención de lesiones pre-neoplásicas y neoplásicas, la detección temprana, seguimiento y control de las mujeres con diagnóstico de este tipo de lesiones; estas acciones tienden a incrementar las posibilidades de curación, disminuir las complicaciones y aumentar el tiempo y calidad de vida. Son prioridades de salud pública la promoción y el fomento de la salud, tendientes a crear o reforzar conductas y acciones de auto cuidado e informar sobre enfermedades y riesgos para desarrollarlas, factores protectores, servicios de salud, derechos y deberes de los ciudadanos en materia de salud.

El examen clínico de la mama debe realizarse cada vez que la mujer acude a la toma de citología vaginal o cuando consulte por algún síntoma mamario. Con respecto al cáncer de mama, el Instituto Nacional de Cancerología, recomienda métodos de tamizaje de oportunidad con mamografía, acompañada del examen clínico de la mama, dirigido a mujeres asintomáticas entre 50 y 69 años de edad y tamizajes diagnósticos a mujeres sintomáticas sin importar la edad. El autoexamen no se recomienda como método de tamizaje único, su promoción debe darse como una forma de autoconocimiento, concientización y cuidado personal (Kösters y Gotzsche, 2008).

Se debe tener cuidado al realizar la especuloscopia, dado que para la mayoría de las mujeres es un procedimiento invasivo molesto⁷, para tomar todas las precauciones del caso, explicar ampliamente el procedimiento y procurar la colaboración de la paciente. En un estudio realizado en un programa de detección precoz de cáncer cérvico-uterino, se encontró que un 10% de las mujeres de la muestra calificaron el procedimiento de especuloscopia y toma de muestra como regular o deficiente, pues no se les explicó el procedimiento y las personas que tomaron la muestra no fueron cuidadosas al introducir el espéculo y al tomar la muestra.

8.1 PROCEDIMIENTOS

8.1.1 Valoración

8.1.1.1 Obtenga la información necesaria

Indague sobre la situación actual de salud de la mujer. Responda las preguntas que realice la mujer utilizando un lenguaje sencillo.

Identifique su lugar de origen y procedencia para conocer aspectos culturales que influyen en su percepción, conocimientos y vivencias frente al cáncer de cérvix y de mama.

Identifique los factores de riesgo para cáncer de mama basándose en el Manual para la Detección Temprana del Cáncer de Mama del Instituto Nacional de Cancerología (Instituto Nacional de Cancerología, Colombia, 2010) (N IV GRB).

Indague sobre los antecedentes: historia familiar de cáncer de mama, si ha tenido hijos, si utilizó lactancia materna y cuánto tiempo, si fuma o consume bebidas alcohólicas, si consume mucha grasa en la dieta, si le han realizado biopsias con resultados de atipias, irradiación en la pared torácica o exposición a radiaciones, historia personal de cáncer de endometrio, ovario o colon, terapia de reemplazo hormonal por más de cinco años, índice de masa corporal.

8.1.1.2 Realice el examen físico

El examen físico permite confirmar los síntomas descritos por la mujer, verificar si hay signos de patología mamaria a través del examen de las mamas y si existen signos de ITS o alteraciones sugestivas de pre neoplasias o neoplasias cervicales a través de la inspección de los genitales externos y especuloscopia. Si la mujer refiere molestias en sus genitales (dolor, ardor, brotes, flujos, prurito) o molestias en mamas como dolor, inflamación, salida de secreción por pezón, retracciones o abultamientos, palpación de masas o nódulos, explíqueme la importancia de realizarle el examen físico.

- Provea una bata limpia, idealmente desechable para que la mujer se retire toda su ropa y se coloque la bata que usted le entrega.
- Tenga disponible el equipo necesario para tomar la citología vaginal y para frotis vaginal si se requiere.
- Explique a la mujer la importancia del examen de mamas, la toma de citología y del frotis vaginal e infórmele sobre cómo realizará los procedimientos y el objetivo de estos para que disminuya su ansiedad y logre la participación de ella.

⁷ En un estudio realizado en un programa de detección precoz de cáncer cérvico-uterino, se encontró que un 10% de las mujeres de la muestra calificaron el procedimiento de especuloscopia y toma de muestra como regular o deficiente, pues no se les explicó el procedimiento y las personas que tomaron la muestra no fueron cuidadosas al introducir el espéculo y al tomar la muestra. (NIV. GRB).

8.1.1.3 Realice el examen clínico de mamas

Al realizar el examen, tenga en cuenta que las mamas, además de ser un órgano reproductivo, es una zona erógena sensible y por lo tanto, la palpación debe hacerse con delicadeza, pero a la vez, presionando contra la reja costal para identificar nódulos, dolor o molestias y observar salida de secreciones espontáneas por el pezón u otra área de la mama. Tenga la precaución de tener las manos tibias para la palpación. Mientras realiza el examen oriente a la mujer sobre la importancia del autoexamen mensual de la mama y de la revisión anual por el profesional.

- **La exploración comprende:** La inspección, palpación de las glándulas mamarias, las axilas y los huecos supraclaviculares (zonas linfoportadoras). La inspección se divide en estática y dinámica y se efectúa con la mujer en posición sentada, con el tórax y los brazos descubiertos e iluminados adecuadamente.
- **Inspección estática:** Se coloca a la mujer con los brazos colgando a los lados y se observa: forma, volumen, simetría y el estado de la superficie cutánea de las mamas. Los signos cutáneos sugestivos de anormalidad son: protrusión de la piel, inversión del pezón, cambios en la dirección del pezón, retracción de la piel, presencia de “piel de naranja”, enrojecimiento cutáneo, ulceraciones de piel, salida espontánea o provocada de secreción por el pezón y aumento de la red venosa superficial.
- **Inspección dinámica:** Esta se realiza solicitando a la mujer que eleve los brazos para contraer los músculos pectorales. El objetivo de esta maniobra es poner de manifiesto los signos cutáneos retractiles, inadvertidos durante la inspección estática.
- **Palpación de las mamas:** Debe realizarse, primero con la mujer sentada y posteriormente en posición decúbito dorsal colocando una pequeña almohada bajo la región escapular. Utilice las indicaciones del Manual para la detección temprana del cáncer de mama difundida

por el Instituto Nacional de Cancerología, con respecto a la metodología a seguir en el examen clínico de la mama. Si se palpa un nódulo, se debe precisar y describir en la historia clínica su ubicación, tamaño, forma y consistencia y remitir de manera inmediata para valoración por médico.

- **Registre en la historia clínica:** Una breve nota de enfermería donde se indique fecha de realización del examen, hallazgos macroscópicos y si es referida a otro servicio o profesional.

8.1.1.4 Realice el procedimiento de toma de citología vaginal

- Pregunte a la mujer si antes le han realizado el examen con espéculo; para algunas mujeres ha sido una experiencia desagradable y dolorosa y otras pueden referir que nunca se les ha realizado.
- Explique el procedimiento y oriente a la mujer sobre alguna técnica de respiración y relajación muscular para disminuir las molestias al insertar el espéculo en la vagina.
- Recolecte la información requerida en los formatos para toma de citología vaginal.
- Aliste el kit y marque la placa o lámina donde fijará la muestra de citología con las iniciales de nombres y apellidos de la mujer y el número

Explique a la mujer la importancia del examen (...) para que disminuya la ansiedad y logre la participación.

- de documento de identidad (no utilice cinta de enmascarar ni esparadrapo para marcar la placa o lámina).
- Ayude a la mujer para que se acomode en posición ginecológica. Acomode los pies de ella en los estribos de la mesa ginecológica.
 - Seleccione el tamaño del espéculo de acuerdo a las características físicas de la mujer.
 - Colóquese los guantes.
 - Observe los genitales externos, vulva, orificio vaginal y toda la región perineal en busca de verrugas, brotes, eritema, laceraciones, flujos.
 - Separe los labios mayores y los labios menores.
 - Introduzca el espéculo en sentido vertical, sin lubricar (en caso de que sea estrictamente necesario se lubricará con solución salina al 0.9%, nunca se utilizará aceite u otra sustancia).
 - Gire el espéculo lentamente hasta la posición horizontal, ábralo cuidadosamente hasta visualizar el cuello uterino y fije el espéculo en posición abierta.
 - Identifique el orificio cervical externo. Si en la superficie del cuello uterino se visualiza moco, sangre o exudado debe ser retirado con un aplicador o una gasa sin rosar o raspar las superficies del cuello. Observe las características del cuello. Identifique la zona exocervical y endocervical de las cuales usted tomará la muestra. Si se observan lesiones macroscópicas de tipo tumoral se debe remitir la mujer para valoración por ginecología sin esperar el resultado de la citología.
 - Introduzca por la vagina la espátula de Ayre hasta llegar al orificio cervical externo y apoyar el hoz (parte más alargada del extremo distal de la espátula) en el orificio en forma firme pero delicada, gírelo 360° y sáquelo de la vagina sin rosar las paredes de esta para no contaminar la muestra con células o flujo vaginal.
 - Tome la lámina con la mano no dominante por el borde esmerilado que usted marcó inicialmente. Deslice contra la lámina en un solo sentido la muestra que obtuvo con la espátula de manera que quede un trazado delgado y uniforme. Repita la acción sin sobreponer los extendidos usando el lado contrario de la espátula. Para este primer extendido debe ocupar solo la mitad de la lámina.
 - Introduzca el cepillo lentamente en el interior del canal endocervical al menos $\frac{3}{4}$ partes de su longitud, haciéndolo girar 180° y retirarlo. (No se debe introducir mucho ni girar varias veces porque se produce sangrado que dificulta la lectura de la muestra).
 - Coloque el cepillo sobre el espacio limpio que quedó de la lámina y gírelo en sentido de izquierda a derecha en forma firme y uniforme dejando una capa delgada.
 - Fije la muestra con atomizador cito spray manteniendo una distancia entre el atomizador y la lámina de 25 a 30 cm. También se puede fijar con alcohol al 96% sumergiéndola en este de tal manera que la parte de la placa que contiene la muestra tomada quede completamente cubierta por periodo de 15 minutos y posteriormente se saca para que se seque al medio ambiente.
 - Tome la muestra de frotis (en caso que esté indicada).
 - Retire el espéculo girándolo suavemente hacia la posición vertical y luego hacia afuera de la vagina.
 - Ayude a la mujer a incorporarse de la mesa del examen.
 - Registre las características del cuello uterino en el formulario de solicitud de citología cérvico – uterina.
 - Explique a la mujer la importancia de reclamar los resultados de la citología y acudir

inmediatamente al médico en caso de ser remitido por la enfermera. Con anticipación el profesional debe establecer los mecanismos necesarios para su ubicación una vez se conozca el resultado o si la usuaria no se presenta para reclamarlo. Es por ello que antes de la toma de la citología, el profesional debe indagar sobre datos de identificación haciendo énfasis en el sitio de residencia, dirección, teléfono fijo, teléfono celular, dirección de correo electrónico y del compañero o un familiar o persona allegada con la cual se pueda ubicar a la paciente.

- Registre en la historia clínica una breve nota de enfermería donde se indique fecha de realización del procedimiento, si hubo o no complicaciones en la toma, hallazgos macroscópicos, fecha en que la usuaria debe reclamar el resultado y si es referida a otro servicio o profesional.
- Realice o coordine el seguimiento de toda mujer con resultado de citología anormal (es responsabilidad tanto de profesional médico como del profesional de enfermería). En la primera semana se debe contactar telefónicamente, pero si esto no es posible, se debe realizar visita domiciliaria.

Cuando el resultado sea anormal, el profesional de enfermería procede a realizar una asesoría en el momento de la entrega del resultado, orientando a la mujer sobre la importancia de realizar los procedimientos diagnósticos, tratamiento y control (colposcopia, biopsia, legrado, conización, crioterapia). Dado que el reporte de un hallazgo anormal puede desencadenar diversos sentimientos en la mujer como temor, confusión, ansiedad o desesperanza, entre otros, el profesional de enfermería debe ser sensible y considerado con la mujer ante cualquier expresión de sentimientos. Se ha de tener en cuenta a la mujer como sujeto de cuidado y no como un caso a seguir. Para ello el profesional de enfermería debe centrar sus cuidados con estas mujeres apoyado en los cinco modos de actuar propuestos por Swanson, (1991) y en el cuidado culturalmente congruente propuesto por Leininger (1991).

Se debe asegurar que la mujer tenga la atención oportuna por otros profesionales que se requieran como médico, psicólogo o trabajador social, o de especialistas dependiendo de la situación de salud y psicosocial de la mujer.

Se debe organizar en el servicio o consultorio, un sistema de registro y seguimiento a todas las mujeres con resultados anormales.

8.2 DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de enfermería para las mujeres a las que se les ha realizado el examen de mama y la citología vaginal, se realiza en dos momentos: el primer momento es inmediatamente terminado el procedimiento de valoración y toma de la citología; el segundo momento es cuando se recibe el reporte de laboratorio.

8.2.1 Diagnóstico de primer momento

- Registre en la historia clínica los hallazgos en la palpación de las mamas y realice el diagnóstico de enfermería.
- Realice el diagnóstico de enfermería de acuerdo con los hallazgos al inspeccionar genitales externos, paredes vaginales y cérvix.
- Registre el diagnóstico en la historia clínica y en el formato de toma de citología cérvico-uterina los hallazgos macroscópicos como aspecto del cérvix, flujos, brotes, entre otros. Utilice como referente para la descripción de los hallazgos en cérvix, el afiche de semiología del cérvix publicado por el Instituto Nacional de Cancerología (INC, s.f.) (NIV GRB)

- Realice el diagnóstico clínico presuntivo de ITS, basándose en el enfoque sindrómico, el cual fue realizado con evidencia científica, síndrome de infección cervical, síndrome de descarga uretral, síndrome de úlceras genitales, síndrome de flujo vaginal, síndrome de dolor pélvico bajo, síndrome de bubón inguinal.
 - Refiera al médico para valoración y tratamiento ante alguno de estos hallazgos.
 - Promueva hábitos saludables y comportamientos seguros en el ejercicio de la sexualidad.
 - Refiera para vacuna contra la hepatitis B (Hb), a quienes no hayan sido vacunados.
 - Refiera a la consulta preconcepcional o a la de anticoncepción si fuere necesario.
 - Coordine nueva cita para los exámenes de rutina.
- En caso de que la mujer que acudió a toma de citología presente una ITS, asegúrese de continuar el proceso de atención de acuerdo con lo establecido en el capítulo de “Cuidados de enfermería para la mujer en edad reproductiva, encaminados a la prevención, detección y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual (ITS)”.



9

INDICADORES DE USO DEL PROTOCOLO

Son indicadores que permiten verificar las acciones realizadas por el profesional de enfermería.

ACTIVIDAD	CUMPLE	NO CUMPLE
Cuidado de Enfermería para la mujer en la asesoría en salud sexual y reproductiva.		
Prepara el ambiente para la asesoría (espacio privado, iluminado, ventilado, materiales didácticos, micromedios y otros que se requieran para la asesoría).		
Permite el acompañamiento de la pareja o persona significativa para la mujer.		
Indaga sobre apoyo familiar y de otras redes sociales.		
Motiva a la mujer a expresar sus dudas, inquietudes y necesidades en aspectos relacionados con la salud sexual y reproductiva.		
Muestra respeto por los valores y decisiones de la usuaria.		
Establece una comunicación asertiva. Escucha activamente, establece contacto visual con la mujer.		
Muestra distintas opciones sobre las necesidades o inquietudes de la mujer y ofrece datos e información correcta e imparcial.		
Explica los conceptos y métodos de la doble protección (anticonceptiva y preventiva de ITS).		
Identifica necesidades de cuidado relacionadas con la salud sexual y reproductiva.		
Identifica requerimientos de educación en salud sexual y reproductiva.		
Dialoga con la mujer sobre conductas protectoras para la salud sexual y reproductiva.		
Remite según hallazgos y necesidades a otros profesionales del equipo de salud o activa rutas/flujogramas de atención a otros servicios.		
Elabora conjuntamente con la mujer un cronograma de visitas y seguimiento, acordes con su condición y necesidades.		
Identifica necesidades de educación para el auto cuidado.		
Respeto y no prohíbe prácticas de cuidado cultural a la mujer, que no son nocivas para el bienestar.		
Negocia con la mujer y compañero prácticas de cuidado que requieren modificaciones.		

ACTIVIDAD	CUMPLE	NO CUMPLE
Reestructura con la mujer y compañero prácticas de cuidado que no son factibles de modificar.		
Establece un sistema de registro y seguimiento para las mujeres que se les reportó citologías anormales.		
En la educación para el auto cuidado tiene en cuenta la exploración y el diálogo de saberes que las usuarias tienen en salud de la mujer		
Cuidado de Enfermería para la Mujer con Intención Reproductiva. “Asesoría Preconcepcional”.		
Realiza valoración del estado de salud de la mujer que tiene intención reproductiva.		
Identifica y evalúa factores de riesgo preconcepcional.		
Informa a la mujer y a su pareja sobre la presencia de factores de riesgo y explica los potenciales daños a la salud de la mujer y al hijo (en caso de quedar en gestación).		
Educa a la mujer y a su pareja sobre la forma de intervenir los factores de riesgo y fomenta el auto cuidado.		
Refiere a otros programas o niveles de atención según el riesgo encontrado.		
Cuidado de Enfermería para la Mujer sin Intención Reproductiva. “Asesoría en Anticoncepción”.		
Prepara el ambiente para la asesoría (espacio privado, iluminado, ventilado, materiales didácticos, micromedios y otros que se requieran para la asesoría).		
Permite el acompañamiento de la pareja o persona significativa.		
Indaga sobre apoyo familiar y de otras redes sociales.		
Motiva a la mujer a expresar sus dudas, inquietudes y necesidades en aspectos relacionados con la anticoncepción.		
Muestra respeto por los valores y decisiones de la usuaria. No impone su opinión ni presiona a la mujer sobre una decisión en particular.		
Muestra una actitud positiva y colaborativa con la mujer durante la asesoría. Se muestra amable y dispuesta a responder las preguntas que la mujer le hace.		
Establece una comunicación asertiva. Escucha activamente y establece contacto visual con la mujer.		
Indaga sobre presencia de factores protectores y prácticas de cuidado favorables para la salud sexual y reproductiva.		
Tiene en cuenta las necesidades individuales de la mujer al momento de orientar sobre las diferentes opciones anticonceptivas.		

ACTIVIDAD	CUMPLE	NO CUMPLE
Ofrece datos e información correcta e imparcial.		
Muestra el método anticonceptivo elegido por la usuaria y explica ventajas, desventajas, riesgos, efectos secundarios, mecanismos de acción, forma de utilización, efectividad, qué hacer en caso de olvido (en caso de anovulatorios orales o inyectables).		
Explica la doble protección (anticonceptiva y preventiva de ITS).		
Realiza el examen físico teniendo en cuenta antecedentes gineco-obstétricos.		
Provee el método escogido por la mujer, según disponibilidad en el centro hospitalario y ayuda a la mujer a iniciarlo.		
Si la mujer escoge método definitivo explica ampliamente implicaciones de la decisión.		
Diligencia el consentimiento informado y lo explica a la mujer.		
Remite según hallazgos y necesidades a otros profesionales del equipo de salud o activa rutas/flujogramas de atención a otros servicios.		
Se muestra considerada e imparcial en la asesoría con las adolescentes.		
Elabora conjuntamente con la mujer un cronograma de visitas y seguimiento.		
Cuidado de Enfermería para la mujer en edad reproductiva encaminados a la prevención, detección y tratamiento de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS).		
Prepara el ambiente para la consulta (espacio privado, iluminado, ventilado, materiales didácticos, micromedios y otros que se requieran para las actividades de apoyo educativo).		
Permite el acompañamiento de la pareja o persona significativa.		
Indaga sobre apoyo familiar y de otras redes sociales.		
Motiva a la mujer a expresar sus dudas, inquietudes y necesidades en aspectos relacionados con la salud sexual y reproductiva.		
Establece una comunicación asertiva. Escucha activamente y establece contacto visual con la mujer.		
Muestra una actitud positiva y colaborativa con la mujer durante la consulta.		
Identifica necesidades de cuidado relacionadas con la salud sexual y reproductiva.		
Identifica requerimientos de educación en salud sexual y reproductiva.		
Dialoga con la mujer sobre conductas protectoras para la salud sexual y reproductiva.		
Evalúa presencia de factores protectores, factores de riesgo e identifica conductas de riesgo para ella y su(s) compañero(os) sexual(es).		

ACTIVIDAD	CUMPLE	NO CUMPLE
Explica y motiva a la mujer para que asuma prácticas sexuales seguras.		
Realiza valoración (obtiene información relevante, realiza examen físico).		
Identifica Infecciones del sistema reproductor incluidas las ITS, según enfoque sindrómico.		
Refiere a médico para manejo sindrómico (farmacológico).		
Explica a la mujer con ITS la importancia de que sus contactos sexuales consulten al centro hospitalario y se realicen tratamiento.		
Explica a la mujer la fórmula médica (nombre de los medicamentos, dosis y horarios de tomas).		
Establece con la mujer una cita de control y seguimiento a las dos semanas.		
Educa sobre higiene, medidas preventivas para otras infecciones de transmisión sexual o reinfección.		
Realiza estrategias de comunicación e información para crear conciencia en la toma periódica de la citología cérvico vaginal.		
Cuidado de Enfermería para la mujer en edad reproductiva encaminados a control de riesgo, prevención, detección temprana y vigilancia del cáncer de cuello uterino y mama.		
Prepara el ambiente para realizar la consulta de Enfermería (espacio privado, iluminado, ventilado, materiales didácticos, micromedios y otros que se requieran para el apoyo educativo).		
Permite el acompañamiento de la pareja o persona significativa.		
Indaga sobre apoyo familiar y de otras redes sociales.		
Motiva a la mujer a expresar sus dudas, inquietudes y necesidades en aspectos relacionados con la salud sexual y reproductiva, especialmente frente al examen clínico y autoexamen de mama, así como a la citología vaginal.		
Identifica necesidades de cuidado.		
Muestra respeto por los valores y decisiones de la usuaria.		
Establece una comunicación asertiva. Escucha activamente y establece contacto visual con la mujer.		
Explica el procedimiento a la mujer, utiliza ilustraciones o micromedios.		
Muestra una actitud positiva y colaborativa con la mujer durante la entrevista, el examen clínico de mama y la toma de citología vaginal.		

ACTIVIDAD	CUMPLE	NO CUMPLE
Remite a vacunación contra el VPH a todas las adolescentes y mujeres que no han iniciado relaciones coitales, según normatividad vigente.		
Realiza el examen clínico de la mama según la técnica orientada en el protocolo.		
Explica a la mujer la importancia, la técnica y la periodicidad para el autoexamen de mama.		
Orienta técnica de respiración y relajación antes de insertar el espéculo en la vagina.		
Antes de insertar el espéculo explora genitales externos y toda la región perineal en busca de verrugas, brotes, eritema, laceraciones, flujos.		
Realiza el examen según la técnica orientada en el protocolo		
Explica el examen realizado y los hallazgos macroscópicos con prudencia y consideración a la mujer, explicándole que no son diagnósticos de patología mamaria o cervical.		
Remite a médico para manejo farmacológico sintomático de ITS u otras infecciones del sistema reproductor.		
Realiza los registros clínicos completos incluyendo la dirección, teléfono y correo electrónico donde se pueda contactar a la mujer y otros contactos.		





BIBLIOGRAFÍA

-
- Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo USAID (1993). Control de las Enfermedades de Transmisión Sexual. *Population Reports*. XXI, (1).
- Asociación Colombiana de Endocrinología. (2006). *Fisiopatología del SM. Consenso colombiano de Síndrome Metabólico*. Bogotá: Ardila Hernández.
- Asztalos, E., Barrett, J.F., Lacy, M. y Luther, M. (diciembre 2001). Evaluating 2 years outcome in twins < or=30 weeks gestation at birth: a regional perinatal unit's experience. *Twin Research*, 4 (6), 431-8. Recuperado el 7 de noviembre de 2013, de: <http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v76n1/art12.pdf>
- Bailey, L. B. (1992). Evaluation of a new recommended dietary allowance for folate. *J Am Diet Assoc*, 92, 463-8 Recuperado el 7 noviembre de 2012, de: <http://ajcn.nutrition.org/content/71/5/1304s.short>
- Bahamondes, L., y otros. (1999). Forearm bone density in users of depoprovera as a contraceptive method. *Fertility & sterility*, 71, 849-852. Recuperado el 16 de agosto de 2013, de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK138636/>
- Balat, O., Balart, A., Ugur, M.G. y Pense, S. (2003). The effect of smoking and caffeine on the fetus and placenta in pregnancy. *ClinexpobstetGynecol* 30(1), 57-9. Recuperado el 7 de noviembre de 2013, de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12731747>
- Banstra, E.S. y otros. (mayo-junio 2002) Longitudinal influence of prenatal cocaine exposure on child language functioning. *Neurotoxicolteratol*, 24 (3), 297-308. Recuperado el 5 de noviembre de 2013, de: <http://informahealthcare.com/doi/abs/10.1081/JA-120027765>

- Beksinska, M.E. y otros (2007). Bone mineral density in adolescents using nore thisteroneenanthatedepot, medroxyprogesterone acetate or combined oral contraceptives. *Contraception*, 75, 438-443. Recuperado el 16 de agosto de 2013, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2822656/>
- Belizan, J. y otros. (2005). Retardo del crecimiento intrauterino. *Obstetricia de alto Riesgo* (pp.445-446). Cali: Editorial XYZ.
- Cabrero, J. (1999). Enfermería basada en la evidencia y utilización de la investigación. *IndexEnferm (Granada)*, 27, 12-8.
- Calvo, E., y Biglieri, A. (noviembre-diciembre 2008). Impacto de la fortificación con ácido fólico sobre el estado nutricional en mujeres y la prevalencia de defectos en el tubo neural. *Arch. Argent. Pediatr*, 106 (6). Recuperado el 7 noviembre de 2013, de: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752008000600004
- Cheng, L., Gülmezoglu, A.M., Piaggio, G., Ezcurra, E. y Van Look, P.F.A. (2008). Intervenciones para la anticoncepción de emergencia. *Base de Datos de Revisiones Sistemáticas*, (2). CD001324. DOI: 10.1002/14651858.CD001324.pub3. Recuperado el 7 de septiembre de 2013, de: <http://apps.who.int/rhl/fertility/contraception/cd001324/es/index.html>
- Consejería Presidencial para los Derechos Humanos.(2001). *Los Derechos Humanos Sexuales y Reproductivos, Modulo pedagógico para formadores*. Bogotá. República de Colombia.
- Corte Constitucional. Sentencia T477 (1995), m. p.: Martínez, C. Recuperado el 5 de agosto de 2013. República de Colombia.
- Corte Constitucional. Sentencia 93 (2001), m. p.: Martínez, C. Recuperado el 5 de agosto de 2013. República de Colombia.
- Corte Constitucional. Sentencia 814, (2001) m. p.: Gerard, M. República de Colombia. Recuperado el 5 de agosto de 2013, de: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2001/c-814-01.htm>
- Corte Constitucional. Sentencia C-983 (2002). República de Colombia.
- Corte Constitucional. Sentencia 184. (20039) m. p.: Cepeda, M.J. República de Colombia. Recuperado el 5 de agosto de 2013, de: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=8810>
- Corte Constitucional. Sentencia C-355 de 2006. República de Colombia.

- Ghosh, S., Samanta, A. y Mukherjee, S. (2013) Knowledge and practice of family planning in married women of reproductive age group in a slum of Kolkata. *Al Ameen J Med Sci*, 6(1), 34-39.
- Herrera, R., Bran, J. V. y Cerezo, R. (1999). ¿Es la adolescente embarazada un factor de riesgo? *Pedriátrica*, 2(1), 21-23.
- Hiller, J. E., Griffith, E. y Jenner, F. (2007). Educación para el uso de anticonceptivos en mujeres después del parto. *Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas*, (4), CD001863. DOI: 10.1002/14651858.CD001863.
- Hoff, C., Peevy, K. y Giathina, K. (1992). Maternal fetal HLA-DR relationships. *Osbt gynecol*, 80, 1007-1012.
- Instituto Nacional de Cancerología. (2010). Manual para la detección temprana de cáncer de mama. [Colombia]. Recuperado el 6 de septiembre de 2013, de: <http://www.cancer.gov.co/documentos/Pacientes/Manual%20cancer%20de%20mama%20sin%20gu%C3%ADas%20de%20corte.pdf>
- Instituto Nacional de Cancerología (s.f). Afiche semiología de cuello uterino. Recuperado el 7 de septiembre de 2013, de: <http://ins.gov.co/tramites-y-servicios/programas-decalidad/>
- Kittisiam T., Werawatakul Y., Nanagara R. y Wantha, O. (2013). Baja prevalencia de la consejería anticonceptiva a Srinagarind hospital, Tailandia entre las mujeres en edad reproductiva con lupus eritematoso sistémico. *Reprod Salud*, 10 (1), 21. Recuperado el 17 de agosto de 2013, de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23577791>
- Kösters, J.P. y Gotzsche, P.C. (2008). Autoexamen o examen clínico regular para la detección precoz del cáncer de mama (Revisión Cochrane traducida). *La Biblioteca Cochrane Plus*, (4). Update Software Ltd. Recuperado de: <http://www.update-software.com>. [Traducida de The Cochrane Library, 2008 (3). Chichester, UK: John Wiley&Sons, Ltd.].
- Lenninger, Madeleine. (1991). *Culture care diversity and universality: a theory of nursing*. New York: Nacional League for Nursing Pres.
- Lin, J.S., Whitlock, E., O'Connor, E. y Bauer, V. (2008) Consejería conductual para prevenir las infecciones de transmisión sexual: Una revisión sistemática para el grupo especial de Servicios Preventivos de los Estados Unidos. Recuperado el 6 de septiembre de 2013, de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18838730>

- Lopez, L.M., Hiller, J.E. y Grimes, D.A. (mayo de 2010). La educación para la anticoncepción posparto: una revisión sistemática. *Obstet Gynecol Surv*; 65 (5). Recuperado el 5 agosto de 2013, de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20591202>
- Malwenna, L. I., Jayawardana, P. L., Balasuriya, A. (2013); Effectiveness of a community based health educational intervention in reducing unmet need for modern methods of family planning among ever married reproductive age women in the Kalutara district, Sri Lanka. *MedSci*, 6(1):34-39 Recupoerado el 17 de agosto de 2013, de: <http://ajms.alameenmedical.org/ArticlePDFs/AJMS%20V6.N1.2013%20p%2034-39.pdf>
- Mejía, M. E., Quintero, V. H. y Villaquirán, M. E. (1998). *Protocolo sobre consejería en salud sexual y reproductiva*. Cali: Universidad del Valle, Facultad de Salud, Escuela de Enfermería, Secretaría de Salud Pública Municipal, Santiago de Cali (Documento no publicado).
- Milectic, T. y otros. (2002). Perinatal outcome of pregnancies in women aged 40 and over Coll. *Antropol*, 26(1), 251-8.
- Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) e Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF). (2004). *Guías Alimentarias para Gestantes y Lactantes. Bases Teóricas, Preconcepción, Gestación y Lactancia*. (pp 1-42) Bogotá: Autor. [República de Colombia].
- Ministerio de la Protección Social. (enero de 2011). Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual. Bogotá: Autor. [República de Colombia].
- MSPS (2012). *Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021*, Bogotá: Autor. [República de Colombia].
- MSPS y Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2012a). Libro Clínico de la Estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI). Bogotá: Autor. [República de Colombia]. Recuperado de: <http://www.slideshare.net/cesar7154/aiepi-libro-clinico>

Ministerio de Salud y de Protección Social (MSPS) y Colciencias. (2013). *Guía de práctica clínica para el abordaje sindrómico del diagnóstico y tratamiento de los pacientes con infecciones de transmisión sexual y otras infecciones del tracto genital*. Guía 16. Recuperado el 30 de agosto de 2013, de: https://www.google.com.co/?gws_rd=cr&ei=F7EgUrlght70BPTHgLgC#q=Gu%C3%ADa+de+pr%C3%A1ctica+cl%C3%ADnica+para+el+abordaje+sindr%C3%B3mico+del+diagn%C3%B3stico+y+tratamiento+de+los+pacientes+con+infecciones+de+transmisi%C3%B3n+sexual+y+otras+infecciones+del+tracto+genital.

Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) y Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), (2013). *Atención de la menor de 15 años embarazada*. Corporación Científica Pediátrica. Cali. (En prensa)

Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) y Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), (2014). *Protocolo de Atención Preconcepcional*. Corporación Científica Pediátrica, Cali. (En proceso de publicación)

Mota Sanhua, V., Tello Roldán, G. L. y Rivas Ayala. (2010). Asistencia de adolescentes mexicanos a servicios de consejería sobre sexualidad y reproducción. *InvestEducEnferm*, 28 (1), 54-63. Recuperado el 5 de agosto de 2013, de: http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=84328&id_seccion=3973&id_ejemplar=8311&id_revista=243

O, Connel, J. K. Osborne, L. M. y Westhof, C. (2005). Measured and reported weight change for women using a vaginal contraceptive ring vs a low dose oral contraceptive. *Contraception*, 72, 323 - 327. Recuperado el 16 de agosto de 2013, de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16246655>

Organización de Naciones Unidas (ONU). (1994). *Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (CCMM). Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo*. El Cairo, Egipto: CIPD.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2003a). *Guía de para agentes de salud comunitarios y sus clientes*. Recuperado el 11 de septiembre de 2003, de: http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789243503752_spa.pdf

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2003b). *Herramienta práctica para la utilización de los criterios de elegibilidad médica de la OMS*. Recuperado el 11 de septiembre, de: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/wheel_v4_2010_EN.swf

- Organización Mundial de la Salud (OMS), Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) y Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA) (2007). *Guía de Orientación ACCEDA. Cómo ayudar a los usuarios a elegir un método de planificación familiar. Planificación Familiar. Un manual mundial para proveedores.*
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2009) (4ª Ed.). *Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos.* Recuperado de: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/9789241563888/es/
- Organización Mundial de la Salud (OMS), Departamento de Salud Reproductiva e Investigación, Facultad de Salud Pública Bloomberg de Johns Hopkins, Centro para Programas de Comunicación, Proyecto de conocimientos Sobre Salud. (2011). *Anticoncepción: Un Manual Mundial para proveedores. Orientación basada en la evidencia, desarrollada gracias a la colaboración mundial.* (pp.257-259).
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2012). *Anticoncepción de emergencia.* Nota descriptiva No. 244 julio de 2012. Recuperado el 7 de septiembre de 2013, de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs244/es/>
- Profamilia, Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo (USAID) (2010). *Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010.*
- República de Colombia, Código de Procedimiento Civil. Artículo 1504. Recuperado el 5 de agosto de 2013, de: http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/codigo/codigo_civil_pro46.html
- República de Colombia. Ley 12 de 1991. Convención sobre los derechos del niño.
- Scholes, D., LaCroix, A., Ichikawa, L., Barlow, W., y Ott, S. (2005). Change in Bone Mineral Density Among Adolescent Women Using and Discontinuing Depot Medroxyprogesterone Acetate Contraception. *JAMA Pediatrics. Formerly Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 159 (2), 139-144. Recuperado el 5 de noviembre de 2013, de: <http://archpedi.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=485933>
- Scott JR, AE & Stastny, P. (1992). Immunogenetic factors in preclampsia and eclampsia. *Jama*, 1 976,235, 402-404.

- Swanson, K. (1991) Empirical Development of a middle range theory of caring. *Nursing Research*, 40(3)
- Swanson, K. (1993). Nursing as informed caring for the well-being of others. *Journal of Nursing Scholarship*, 25 (4), 352-357.
- Vasquez, M., Argote, L., Castillo, E., Cabrera, M., González, D., Mejía, M. y Villaquirán, M.(2005). Apropriación de los DSR en los adolescentes: Una experiencia desde la teoría de la acción razonada. *Colombia Médica*, 36 (3), (supl. 2), 14-24.
- Vilanueva L., Contreras A., Pichardo M. y Rosales, J. (2008). Perfil epidemiológico del parto prematuro *Revista online GinecolobstetMex*, 76(9):542-8. Recuperado el 5 de noviembre de 2013, de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2008/gomo89h.pdf>



PROTOCOLOS PARA LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LA MUJER

CUIDADO DE LA MUJER GESTANTE



Autoras

LUCY MUÑOZ DE RODRÍGUEZ

Mg. en enfermería con énfasis en salud familiar.

Profesora pensionada de la Universidad Nacional de Colombia.

Asesora de investigación.

CARMEN HELENA RUIZ DE CÁRDENAS

Mg. en enfermería con énfasis en cuidado materno perinatal.

Profesora pensionada de la Universidad Nacional de Colombia.

Asesora de investigación.

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	175
1. JUSTIFICACIÓN	179
2. OBJETIVOS	183
2.1. OBJETIVO GENERAL	184
2.2. OBJETIVO ESPECÍFICOS	184
3. METODOLOGÍA	185
3.1. ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA	187
3.2. RESUMEN DE RESULTADOS	189
4. CUIDADO DE LA MUJER GESTANTE DURANTE EL CONTROL PRENATAL	191
4.1. PREPARACIÓN DEL AMBIENTE FÍSICO Y EMOCIONAL PARA EL ENCUENTRO CON LA MUJER GESTANTE QUE ACUDE A SOLICITAR EL SERVICIO	193
4.2. IDENTIFICACIÓN E INSCRIPCIÓN DE LAS GESTANTES EN EL CONTROL PRENATAL	194
4.3. CONTROL DE PRIMER TRIMESTRE DE LA GESTACIÓN	195
4.4. CONTROL DEL SEGUNDO TRIMESTRE DE LA GESTACIÓN	198
4.4.1. Valoración	198
4.4.2. Prácticas de cuidado	198
4.4.3. Examen físico	203
4.4.4. Exámenes paraclínicos	204
4.4.5. Conducta que se debe seguir y recomendaciones adicionales para la mujer gestante	206

4.5.	CONTROL DEL TERCER TRIMESTRE DE LA GESTACIÓN	208
4.5.1.	Valoración	208
4.5.2.	Examen físico completo	208
4.5.3.	Solicitud de exámenes paraclínicos	209
4.5.4.	Identifique necesidades de cuidado	209
4.5.5.	Recomendaciones para la mujer gestante	209
5.	EDUCACIÓN PARA LA MATERNIDAD Y LA PATERNIDAD	211
5.1.	EDUCACIÓN PARA EL AUTOCUIDADO DURANTE LA ETAPA PRENATAL, DE TRABAJO DE PARTO Y PARTO	213
5.2.	EDUCACIÓN PARA LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA	214
5.3.	EDUCACIÓN SOBRE EL CUIDADO DEL RECIÉN NACIDO, PARA TODAS LAS PERSONAS DE LA RED EN HOGAR	214
6.	INDICADORES DE USO	217
	BIBLIOGRAFÍA	221

INTRODUCCIÓN

El cuidado de la mujer gestante se enmarca en los derechos sexuales y reproductivos, especialmente en el derecho a su salud y a la de su hijo por nacer. El derecho a la salud alude al “disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social” e implica una interdependencia con otros derechos (ONUSIDA, OPS, UNICEF, 2007).

La gestación se considera como una nueva experiencia para la vida de las mujeres, debido a las transformaciones que experimentan tanto físicas, como psicológicas y emocionales. Algunas ven este hecho como frustrante pues el embarazo desenfoca sus planes personales o proyecto de vida, ya que tienen que abandonar su estudio, trabajo, y transformar su estilo de vida. También el temor es una de las experiencias a las que se enfrentan las mujeres gestantes, pues refieren una gran preocupación sobre cómo van a desarrollar su papel como madres (Gonçalves y otros, 2010). Lo anterior exige del profesional de enfermería estar atento para abordar a la gestante como un ser humano integral, durante el cuidado en la etapa prenatal y, de esta manera, contribuir a generar condiciones que protejan la salud y bienestar de la mujer y su hijo por nacer. Esta salud y bienestar deben ser los centrales y articuladores de las políticas en salud, mediante acciones de salud pública, promoción de la salud, prevención de la enfermedad y demás prestaciones, en el marco de una estrategia de atención primaria.

En el proceso de la gestación, la mujer se encuentra expuesta a riesgos que pueden afectar su salud y la de su hijo por nacer. El/la profesional de enfermería tiene la responsabilidad de apoyar a la gestante y su familia durante esta etapa; identificar sus necesidades básicas a través del cuidado, considerado, a su vez, como una forma empática y comprensiva de relacionarse con la gestante y su hija/o

por nacer, con quienes se tiene un sentido personal de compromiso y responsabilidad.

El cuidado en cuestión incluye mínimamente la atención individual y la preocupación por el otro y propende al bienestar de la familia gestante (Swanson, 1993). Debe ser culturalmente congruente, seguro y benéfico, para lo cual, el profesional de enfermería debe reconocer creencias y prácticas culturales de las gestantes para su cuidado y aplicar los modos de acción propuestos por Leininger (2006): mantenimiento, negociación y reestructuración del cuidado para su salud, bienestar, curación, y ayudarlas a enfrentar situaciones de salud difíciles.

Con el fin de orientar al profesional de enfermería en el cuidado de la mujer que cursa una gestación en condiciones normales, se ofrece el *Protocolo de enfermería para el cuidado de la mujer gestante*, el cual se considera un aporte complementario a la *Guía para la detección temprana de las alteraciones del embarazo* (MSPS, 2012), y la *Norma técnica para la detección temprana de las alteraciones del embarazo*, que asigna a los/las profesionales de enfermería, las consultas de seguimiento y control definidas como: “el conjunto de actividades realizadas por el profesional de enfermería, en el control prenatal a la gestante de bajo riesgo, para el seguimiento al normal desarrollo de la gestación y detección oportuna de factores de riesgo” (MSPS, 2000).

Este protocolo incluye orientaciones de cuidado relacionadas con los derechos sexuales y reproductivos y el marco ético de los derechos humanos de la Constitución colombiana, especialmente los relacionados con el derecho a la vida (art. 11), a recibir atención y protección durante el embarazo (art. 43), a la educación (art. 67), a la libertad de conciencia (art. 18), a la intimidad personal y familiar (art. 15) y a la libertad (art. 13). Según los derechos humanos y sexuales y reproductivos, la maternidad debe ser una elección de la mujer y no una imposición de la sociedad (ONUSIDA, OPS, UNICEF, 2007).

El protocolo que se presenta consta de cuatro partes:

1. Preparación del ambiente físico y emocional para el encuentro con la mujer gestante que acude a solicitar el servicio.
2. Identificación e inscripción de las gestantes al control prenatal.
3. Consultas de control y seguimiento.
4. Educación para la preparación de la maternidad y paternidad.

Así mismo, para la aplicación del protocolo se recomienda la observación de cuatro aspectos básicos:

- a. Valoración de la mujer gestante y su hijo por nacer, que integre la información objetiva y subjetiva que el profesional de enfermería obtiene. Se debe reconocer y aceptar las diversidades y variabilidades de la mujer gestante como sujeto de cuidado.
- b. Identificación de los riesgos, remisión al profesional requerido y seguimiento de la atención.
- c. Para establecer las conductas que se deben seguir, determinación de diagnósticos y necesidades de la gestante que requieren ser satisfechas.
- d. Planeación y ejecución de los cuidados propuestos de modo que se favorezca el desarrollo de las competencias naturales presentes en la mujer, la pareja y su familia.

Este protocolo, enmarcado en el cuidado de la mujer gestante con la participación del compañero o persona afectivamente cercana dentro o fuera del núcleo familiar, debe contribuir a la disminución de la morbilidad y mortalidad materna perinatal y neonatal, así como a favorecer el acceso de las mujeres gestantes a los servicios de salud.



1

JUSTIFICACIÓN

La gestación se ha considerado desde tiempo atrás como un evento normal que se acompaña de cambios propios de esta etapa; sin embargo, en algunos casos, esos cambios indican alteración para la mujer gestante y se convierten en signos de alarma, mientras en otros, los signos de alarma son considerados como normales. Con una asertiva comunicación profesional de enfermería-mujer gestante, se hará un buen diagnóstico de la situación de salud de la paciente y se planeará mejor el cuidado, lo que redundará en beneficios para un mayor bienestar de la mujer durante ese período, favorecerá el reconocimiento oportuno de signos de peligro y mejorará las prácticas de autocuidado.

La no detección temprana de signos de alarma en la mujer gestante, por parte de ella, su compañero o la persona afectivamente cercana dentro o fuera del núcleo familiar, su entorno social y del personal de salud, se convierte en un riesgo permanente para la salud materna y perinatal pues lleva a situaciones de enfermedad durante la gestación, como la preeclampsia, infecciones vaginales, abortos inseguros, diabetes y anemia, entre las más prevalentes. En algunas ocasiones las mujeres minimizan o trivializan los signos y síntomas y recurren a explicaciones dentro de la cotidianeidad que llevan a desconocer signos y síntomas de alarma y a realizar prácticas de cuidado apaciguadoras, paliativas y alejadas del tratamiento médico y del cuidado de enfermería que requieren (Pérez, 2011). Es evidente que esta situación favorece la morbilidad y mortalidad materna. Aunque existen importantes avances en la atención prenatal, en la protocolización y aplicación de tecnología, se requiere hacer énfasis

en la comunicación eficiente con la mujer y su compañero, la cual permite evidenciar necesidades de cuidado que, de otra forma, pueden pasar inadvertidas (Pérez, 2011).

Según informe mundial de UNFPA: “Las muertes maternas se redujeron a la mitad en 20 años, pero es necesario acelerar el progreso”, y “En América Latina y el Caribe, la mortalidad materna pasó de 180 muertes por cien mil nacidos vivos en 1990, a 60 muertes en el 2010”.

En Colombia, según análisis de UNFPA (2013) la tasa de muerte en mujeres gestantes — 69.1 por cien mil nacidos vivos en el 2011— no se compadece con el nivel de desarrollo del país, máxime cuando el 98% de los partos son atendidos en instituciones de salud, lo cual debería garantizar la supervivencia de las gestantes. De igual manera se señala lo difícil que será para Colombia cumplir la meta del 5° Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM) para el 2015: “Reducir la mortalidad materna a 45 por cien mil nacidos vivos, es uno de los retos más importantes

que tiene Colombia en materia de salud pública y de derechos humanos de las mujeres”.

El Ministerio de Salud y Protección Social, con apoyo del UNFPA y la OPS/OMS, viene realizando importantes esfuerzos para reducir la mortalidad materna; sin embargo, existen diferencias extremas entre regiones y departamentos, que muestran serios problemas de equidad: en los últimos cinco años en promedio, mientras en el departamento del Huila mueren cerca de 55 mujeres por cada cien mil nacidos vivos por año, en el Putumayo mueren 141 mujeres, en la Guajira 168 y en el Chocó 229, entre otros (DNP y MSPS, 2013).

Estas muertes se asocian a la organización de los servicios de salud, a la débil infraestructura y dotación de estos servicios, a la insuficiente capacitación del personal de salud para atender una emergencia obstétrica, a la inadecuada red de comunicaciones y transporte, así como a la falta de acceso oportuno a los mismos. Los diez departamentos más críticos, respecto al promedio nacional, aparecen en la tabla 1.

Tabla 1. Datos de mortalidad materna por departamentos críticos entre 2005 y 2011

ENTIDAD TERRITORIAL	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	TOTAL PERIODO
27 – Chocó	250,92	227,36	194,72	197,56	108,75	178,67	341,63	228,57
88 – Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina		108,46	107,64		114,55		230,41	80,14
99 – Vichada		175,13	513,48		235,57	118,34	228,57	177,94
44 – La Guajira	131,04	155,10	162,92	101,40	212,58	154,95	165,67	168,92
94 – Guainía	386,10	558,66		351,49	162,87		163,67	228,48
19 – Cauca	109,51	91,69	122,63	115,48	96,98	134,98	160,72	135,38
86 – Putumayo	57,60	95,95	139,89	84,71	126,13	242,19	160,55	140,76
91 – Amazonas	157,98		152,67	285,31	391,85		146,09	170,18
97 – Vaupés		349,04	566,04		161,81		145,99	162,45
52 – Nariño	76,63	75,90	89,96	81,46	108,08	69,37	120,33	92,24

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, a partir de datos crudos del registro de defunción materna y de nacidos vivos del sistema de estadísticas vitales del DANE. Septiembre 2013.

Durante el cuidado de la mujer gestante se deben considerar las demoras surgidas para solicitar o recibir la atención, según lo descrito por Debora Mains, y referenciadas en el Modelo de Vigilancia de la Morbilidad Materna Extrema (Ortiz y otros, 2010), como desencadenantes de la muerte materna. Uno de los métodos utilizados para este propósito es el conocido como el camino para la supervivencia a la muerte materna, metodología que permite identificar en cada uno de los casos las demoras asociadas a la ocurrencia de la morbilidad materna extrema, que identifica no sólo los determinantes biológicos y médicos sino otros determinantes asociados con el evento final. Según los autores citados, estas demoras se clasifican en:

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

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

Demora III: Retraso en la logística de referencia para acceder a una atención oportuna, relacionado con vías, transporte, sistemas de remisión de pacientes entre la comunidad y los proveedores de asistencia sanitaria y en la referencia a otros niveles cuando la gestante accede a los servicios de salud. Se relaciona también con aspectos administrativos que afectan la oportunidad y calidad de la referencia en condiciones que salven vidas.

Demora IV: Asociada 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.

Según el Plan decenal de salud pública (2012-2021) (MPSP, 2013), la situación actual de causas de mortalidad materna muestra que el 40% se debe a afecciones obstétricas no clasificadas; el 21% a edema, proteinuria y trastornos hipertensivos en el embarazo, el parto y el puerperio; y el 17% a complicaciones del trabajo de parto y del parto mismo. La mayoría de muertes maternas que se consideran evitables se asocian con deficiencias en el acceso a servicios de salud de calidad, dado que más del 95% de los partos son institucionales y el 92% de las mujeres recibieron atención prenatal de un profesional médico.

La mortalidad infantil, por su parte, muestra una tendencia al descenso sostenido y una concentración creciente en la etapa neonatal, con el 63% del total de muertes de menores de un año. En la actualidad, las principales causas de mortalidad infantil están representadas por trastornos respiratorios específicos de este periodo (23,4%), seguido de malformaciones congénitas (21,6%), otras afecciones originadas en el periodo perinatal (10,5%) y la sepsis bacteriana del recién nacido (7,7%) (MSPS, 2013).

Vale la pena resaltar que la mayoría de afecciones perinatales están relacionadas con la salud materna durante la gestación; de ahí que sea tan importante garantizar el control prenatal de calidad en el marco de los derechos humanos, con asistencia temprana y oportuna por parte de la mujer, para detectar factores de riesgo modificables con tratamiento y cuidados adecuados.

2

OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Cuidar desde enfermería a mujeres gestantes de bajo riesgo y sus hijos(as) por nacer, para su bienestar durante el control prenatal, teniendo en cuenta los derechos humanos, el fortalecimiento de factores protectores y la prevención de problemas de salud más frecuentes.

2.2 OBJETIVO ESPECÍFICOS

- Valorar desde enfermería a las mujeres gestantes y a sus hijos(as) por nacer para identificar, de acuerdo con el trimestre de gestación en que se encuentren, factores de riesgo y necesidades de cuidado expresadas por las mujeres e identificadas por el profesional de enfermería.
- Cuidar desde enfermería a mujeres gestantes, de acuerdo con el trimestre de gestación en que se encuentren, con participación del compañero o referente afectivo próximo, teniendo en cuenta su capacidad para detectar signos y síntomas de alarma.
- Cuidar desde enfermería a mujeres gestantes, de acuerdo con el trimestre de gestación en que se encuentren, con participación del compañero o referente afectivo próximo, para que ellos reconozcan en el profesional la persona en quien pueden confiar para satisfacer sus necesidades de cuidado.
- Cuidar desde enfermería a mujeres gestantes, de acuerdo con el trimestre de gestación en que se encuentren, con participación del compañero o referente afectivo próximo, para fortalecer factores protectores y preservar la dignidad de ella, teniendo en cuenta sus derechos como mujer y gestante.
- Informar, educar y hacer seguimiento y retroalimentación a mujeres gestantes, compañeros y o referente afectivo próximo para ejercer su autocuidado y el de sus hijos recién nacidos, teniendo en cuenta sus creencias culturales con aplicación de los modos de acción de cuidado de Leininger.



3

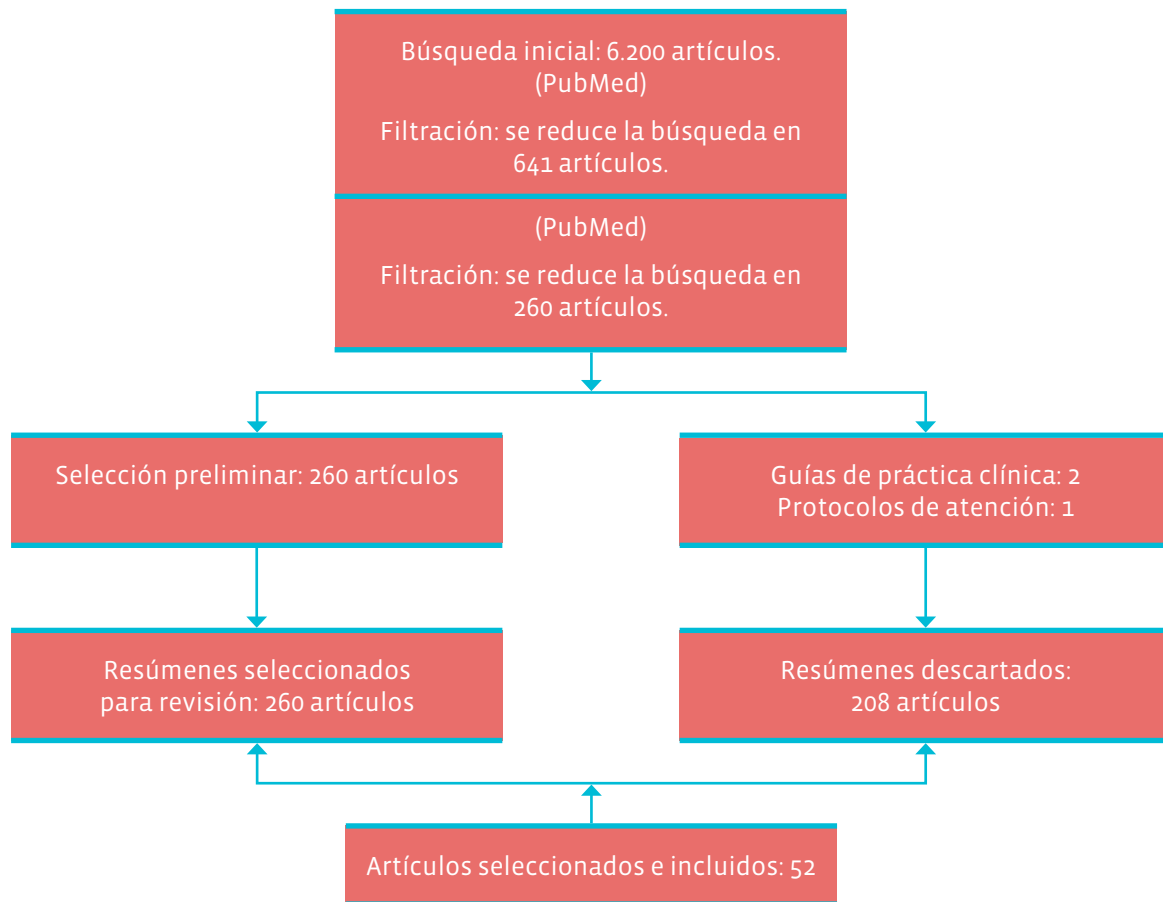
METODOLOGÍA

La metodología utilizada en la construcción de este protocolo sigue los lineamientos descritos en el marco conceptual. En la gráfica 1 y la tabla 2 se presentan las características metodológicas particulares para este protocolo.

Los descriptors (tabla 2), según Medical Subjects Heading (MeSH) de la Biblioteca de Medicina de los Estados Unidos de Norteamérica, seleccionados para el *Protocolo de enfermería cuidado de la salud de la mujer gestante* fueron: *Prenatal care* (majr), *and nursing* (MeSH), *and protocol*; *Diagnosis* (MeSH), *and pregnancy* (MeSH), *and nursing* (MeSH); *Prenatal Care and Nursing* (MeSH); *Exercise* (majr), *and pregnancy* (MeSH); *Prenatal nutritional physiological phenomena* (MeSH); *Unwanted Pregnancy* (MeSH); *social support and pregnancy*; *stimulation and pregnancy*; *Substance use during pregnancy is not beneficial*; *Alcohol and Psychoactive and smoking*; *Care practices and pregnancy*; *Prenatal and Education*; *Preparation and motherhood*; *Education and breastfeeding*; *Education and care and Newborn*.

Se realizó un análisis cualitativo de la información, ponderado por la calidad metodológica, tanto de las fuentes primarias como del soporte bibliográfico de revisiones y consensos, para elaborar las conclusiones, en grados de evidencia y niveles de recomendación que soportan la presente actualización. A continuación se resume el proceso final de búsqueda y la selección de referencias:

Esquema 1. Proceso de búsqueda de evidencia científica para el Protocolo de la mujer gestante



La producción de evidencia científica en cualquier profesión, incluida enfermería, requiere formación y habilidades específicas, pero sobre todo una actitud responsable hacia el ser y quehacer de la disciplina y profesión. Esta actitud incluye la inquietud por hacer cada día algo mejor en el desempeño

de las funciones, así como por valorar y validar los desarrollos logrados por otros profesionales, incorporándolos a la práctica, porque el conocimiento per se, sin aplicación en profesiones prácticas como la enfermería, pierde el sentido (Cabrero, 1999).

3.1 ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA

Se realizó en tres etapas: La primera consistió en buscar guías y protocolos de práctica clínica relacionadas con el tema cuidado de la mujer gestante en PubMed. La búsqueda fue limitada a humanos y acorde con los criterios indicados antes, que estuvieran validados en el MeSH.

Se utilizó la expresión *Prenatal Care and Nursing* (cuidado prenatal y enfermería). En esta estrategia, en consonancia con los descriptores anteriores, también se incluyó la búsqueda de información enfocada a la salud de la mujer gestante, cuidado prenatal por enfermería,

actividad y ejercicio durante la gestación, nutrición durante la gestación, embarazo no deseado, apoyo social durante la gestación, estimulación prenatal durante la gestación, consumo de sustancias no beneficiosas durante la gestación —alcohol, tabaco, psicoactivos—, prácticas de cuidado durante la gestación, educación prenatal, y preparación para la maternidad.

La segunda etapa consistió en buscar la mejor evidencia de guías y protocolos de práctica clínica en los tesauros MeSH y DeCs. Al haberse encontrado pocos documentos de utilidad, se procedió a buscar guías de práctica clínica en sitios web especializados como el de Joanna Briggs Institute, entre otros. En la tabla 2 se muestra la síntesis de la revisión.

Tabla 2. Síntesis sobre la evidencia científica.

Tema	Descriptor	Resultados de la búsqueda inicial	Resultados verificados con aplicación de filtros	Artículos seleccionados
Cuidado prenatal por parte de enfermería	Prenatal care (majr), and nursing (MeSH), and protocol	1110	29	4
Valoración y diagnóstico del embarazo	Diagnosis (MeSH), and pregnancy (MeSH), and nursing (MeSH)	2025	52	0
Cuidado prenatal	Prenatal Care and Nursing (MeSH).	9	4	2
Actividad y ejercicio durante la gestación	Exercise (Majr), and pregnancy (MeSH)	852	66	5
Nutrición durante la gestación	Prenatal nutritional physiological phenomena (MeSH)	666	4	3
Embarazo no deseado	Unwanted Pregnancy (MeSH)	2126	70	5
Apoyo social durante la gestación	Social support and pregnancy	206	4	6
Estimulación prenatal durante la gestación	Stimulation and pregnancy	25	6	2
Consumo de sustancias no beneficiosas durante la gestación: Alcohol – tabaco – psicoactivos	Substance use during pregnancy is not beneficial: Alcohol and psychoactive and smoking	4	4	4

Tema	Descriptores	Resultados de la búsqueda inicial	Resultados verificados con aplicación de filtros	Artículos seleccionados
Prácticas de cuidado cultural durante la gestación	Cultural Care practices and pregnancy	18	4	4
Educación prenatal	Prenatal and education	3	3	3
Preparación para la maternidad	Preparation and motherhood	2	2	2
Educación en lactancia materna	Education and breastfeeding	3	3	3
Educación para el cuidado del recién nacido	Education and care and newborn	1	1	1
Salud oral	Pregnancy and oral health	4	4	4
Prevención infecciones de transmisión sexual y embarazo	sexually transmitted infections and pregnancy prevention	2	2	2
Citología cérvico uterina y embarazo	Uterine cervical cytology and pregnancy	2	2	2
TOTAL		7058	260	52

La tercera etapa consistió en realizar una búsqueda de revisiones sistemáticas en la biblioteca Cochrane, relacionadas con los temas del protocolo. Una vez seleccionados los artículos relevantes con

evidencia científica, se procedió a la lectura crítica y cuidadosa y a la elaboración de fichas de análisis de artículos científicos, y se valoró la calidad metodológica de cada uno de ellos.

3.2

RESUMEN DE RESULTADOS

En total se revisaron 260 artículos, dos guías de atención y un protocolo, identificados a través de las tres etapas de una búsqueda inicial.

Las publicaciones corresponden a países desarrollados como: Estados Unidos, Reino Unido, Japón, Corea, Brasil, Cuba, Colombia, Paraguay, entre otros. Todos ellos mencionan el fenómeno de interés con la mejor evidencia. Los principales hallazgos de esta revisión fueron representados de manera esquemática en la tabla anterior.



4

CUIDADO DE LA MUJER GESTANTE DURANTE EL CONTROL PRENATAL

El cuidado de la mujer gestante durante el control prenatal se define como la interacción que se ejerce entre el profesional de enfermería y la mujer, compañero, sus hijos(as) por nacer y su familia, o con la mujer y una persona de su confianza o solo con la mujer, si así lo prefiere. Esta condición la determinan las circunstancias de ella e implica que se compartan conocimientos, experiencias, habilidades y percepciones acerca del significado del cuidado y se generen compromisos para mantener la salud y la calidad de vida. El cuidado de la mujer gestante y su hijos(as) por nacer debe fomentar la autonomía y dignificar a la mujer (Ruiz y Muñoz, 2000).

4.1

PREPARACIÓN DEL AMBIENTE FÍSICO Y EMOCIONAL PARA EL ENCUENTRO CON LA MUJER GESTANTE QUE ACUDE A SOLICITAR EL SERVICIO

Disponga de un lugar ventilado, iluminado, limpio y ordenado que brinde privacidad para que la mujer gestante se sienta con confianza de hablar y se facilite el examen físico. Este lugar debe contar con:

1 escritorio y sillas	Tensiómetro
1 camilla	Papelería para registro de la historia clínica y registros nacionales
1 lavamanos, jabón líquido, toallas desechables	Estetoscopio obstétrico
1 lámpara de pie	Doppler
Guantes limpios	Tecnologías de apoyo: Gestograma, cinta obstétrica o metro para altura uterina y guía de ganancia de peso
Recipientes de desechos	
Báscula	Materiales didácticos como rotafolios y micro medios en los que pueda apoyar su información y asesoría
Fonendoscopio	

Durante la consulta de enfermería, acoja con cordialidad y respeto a la mujer gestante y a su compañero o familiar, en caso de que estén presentes. Salude y preséntese. Destine el tiempo necesario para la atención a la mujer gestante, sin interrupciones externas que interfieran la comunicación. Escuche activamente a la mujer y establezca contacto visual con ella.

En este protocolo se recomienda realizar indagación con la mujer gestante, lo cual facilita la interacción profesional de enfermería con la gestante y evitar hacer preguntas puntuales desde la perspectiva solamente del profesional. Esta indagación permitirá hacer una evaluación exhaustiva de las condiciones relacionadas con su situación de salud, aspectos sociales, económicos, culturales, percepción frente a los servicios de salud con base en experiencias previas, el conocimiento de deberes y derechos, de riesgos, de signos y síntomas de alarma.

De acuerdo con la Norma técnica para la detección temprana de alteraciones del embarazo (MSPS, Resolución 412 del 2000) y a la Guía para la detección temprana de alteraciones del embarazo bajo evidencia (MSPS y Colciencias, 2013), al profesional de enfermería se le asigna la consulta de control o seguimiento del programa de atención prenatal, después de que el médico ha realizado la consulta de primera vez.

4.2

IDENTIFICACIÓN E INSCRIPCIÓN DE LAS GESTANTES EN EL CONTROL PRENATAL

La identificación e inscripción de las gestantes la ejecuta normalmente el/la profesional de enfermería. Por lo tanto, en este protocolo se recomienda que el primer encuentro con la mujer gestante se realice teniendo en cuenta los procesos de cuidado para la captación y atención, en cualquiera de los trimestres de gestación en que se encuentre la mujer que llegue por primera vez a solicitar atención prenatal.

Si la solicitud de atención de la mujer se realiza tardíamente, en edad gestacional avanzada, después del primer trimestre, se hará la consulta de acuerdo con el trimestre de gestación en que se encuentre.

En caso de consulta de una adolescente menor de 15 años por sospecha de embarazo, el/la profesional de enfermería o cualquiera que sea la persona de primer contacto con la menor deberá poner especial cuidado para que se garanticen las condiciones de atención diferenciada que se establecen en el Protocolo de atención de la menor de 15 años embarazada. De todas maneras se debe avanzar con una prueba de embarazo y, si resulta positiva, se le orientará sobre las opciones y los servicios de salud sexual y reproductiva a que tiene derecho. El profesional de enfermería que haga la remisión deberá hacer seguimiento con el fin de verificar y garantizar la atención integral de la adolescente (MSPS y UNFPA, 2013).

4.3

CONTROL DE PRIMER TRIMESTRE DE LA GESTACIÓN

En la valoración, indague sobre:

- Las razones que le hacen pensar a la mujer que está en gestación y explore a continuación sobre la regularidad de su ciclo menstrual y ausencia de la menstruación.
- El riesgo biológico y psicosocial a todas las gestantes mediante la aplicación de la escala de Herrera y Hurtado (Herrera y Hurtado, 2001), con el objeto de identificar aquellas gestantes que pueden continuar su control con enfermería y medicina general y aquellas que necesitan seguir su control con el obstetra o un grupo multidisciplinario (MSPS y Colciencias, 2013).
- En este caso se recomienda hacer búsqueda, en la mujer gestante, de tensión emocional, humor, signos y síntomas neurovegetativos, ausencia de soporte familiar, de la pareja y violencia doméstica (Herrera y Hurtado, 2001).
- Si es una gestación deseada o no. La no planeación del embarazo tiene un impacto negativo en el desarrollo de la conducta de la mujer en cuanto al autocuidado, el bienestar físico, psicológico y la incomodidad con la situación laboral y psicológica en el período postparto temprano (Karaçam, Onel y Gerçek, 2011) (NE III 2 GR B). La no planificación del embarazo se asocia además con el estrés psicosocial, la depresión posparto y los futuros embarazos imprevistos (Meiksin y otros, 2012) (NE IV GR C). Los temores y estrés pueden conducir a trastornos psicológicos que se clasifican como leves a moderados y pueden ser agotadores para las mujeres en gestación. La identificación de estas mujeres en la práctica es fundamental para que las intervenciones eficaces sean las apropiadas (Furber y otros, 2009) (NE IV GR C).
- En el caso de que la gestación tenga alguna de las causales previstas por la Corte Constitucional en la Sentencia C-355 de 2006 sobre la interrupción voluntaria del embarazo (IVE), explique a la paciente el sentido y alcance de dicha sentencia para el ejercicio de sus derechos; insista que cualquiera de las alternativas debe ser su PROPIA DECISIÓN, indique el procedimiento que se debe seguir para cada caso y, de acuerdo con la decisión de la paciente, remita a donde corresponda y realice seguimiento para verificar y garantiza que sea atendida.
- Temores con relación a la sexualidad.
- Si cuenta con apoyo familiar o no. El apoyo del padre del hijo/a por nacer puede moderar los efectos del estrés crónico en el riesgo de parto prematuro (Ghosh y otros, 2011) (NE III 3 GR B).
- Creencias y prácticas culturales.
- Condiciones que puedan afectar el acceso a los servicios de salud durante la gestación, parto y puerperio tales como: barreras culturales, económicas, geográficas, de transporte, laborales, por afiliación o no al sistema de salud y tipo de régimen, por temor hacia los profesionales de salud, etc.
- Además de lo contemplado en la *Norma técnica para la detección temprana de las alteraciones del embarazo* (MSPS, 2000) y en la *Guía para detección temprana de alteraciones del embarazo* (MSPS, 2007) relacionado con elaboración de la historia clínica e identificación de factores de riesgo, examen físico, solicitud de exámenes paraclínicos, se debe complementar el examen físico con valoración cuidadosa del peso y la tensión arterial según lo recomendado en las *Guías de Práctica Clínica*, GAI, (MSPS y Colciencias, 2013) así:

Realice control de peso y talla:

El aumento normal de peso de una gestación a término es de alrededor de 11 kg, con un rango que se extiende desde 5 kg hasta 18.0 kg. Recientemente

se considera el índice de masa corporal como un buen estimador para el diagnóstico, control y seguimiento del estado nutricional de la embarazada. Explique a la gestante las medidas establecidas para el aumento de peso y los cambios en el índice de masa corporal (IMC) esperados para su gestación, de acuerdo con el peso que tenía antes de iniciar el embarazo. Registre el IMC en la cita de inscripción al control prenatal y, con base en este, establezca las metas de ganancia de peso durante la gestación, según los siguientes parámetros (MSPS, Colciencias, 2013):

IMC < 20 Kg/m ² = ganancia entre 12 a 18 Kg
IMC entre 20 – 24.9 Kg/m ² = ganancia entre 10 a 13 Kg
IMC entre 25 – 29.9 Kg/m ² = ganancia entre 7 a 10 Kg
IMC > 30 Kg/m ² = ganancia entre 6 a 7 Kg

Realice control de signos vitales:

- Tenga especial cuidado con el control de tensión arterial. Se recomienda la medición y registro de la presión arterial media (PAM) en todos los controles prenatales por su capacidad para predecir la preeclampsia. Se recomienda medir la presión arterial en reposo y tal como se indica a continuación:
 - Quite la ropa apretada, asegúrese de que el brazo esté relajado y con apoyo a nivel del corazón.
 - Use un manguito de tamaño apropiado.
 - Infle el brazalete hasta 20-30 mmHg por encima de la presión arterial sistólica. La columna debe bajar lentamente a razón de 2 mmHg por segundo por latido. Mida la presión arterial diastólica hasta la desaparición de los sonidos (fase V).

Identifique riesgos y necesidades de cuidado relacionadas con:

- Gestación deseada o no.
- Apoyo familiar o no.
- Dificultades o barreras para asistir cumplidamente a los controles prenatales.
- Hábitos higiénicos y alimentarios.
- Requerimientos de educación.

Conductas que se deben seguir y recomendaciones a la mujer gestante:

- Realice examen de confirmación de la gestación, en caso de que esta no sea evidente.
- Si la gestación es producto de una violación, oriente a la mujer y a su compañero o familiar sobre la conducta que se debe seguir e informe sobre opciones como la adopción y los derechos que la mujer tiene con respecto a la interrupción voluntaria del embarazo (IVE), según la Sentencia C-355 de 2006, de la Corte Constitucional (2006) y verifique que haya sido atendida en el marco de la Resolución 459 de 2012 (MSPS, 2012).
- Informe a la mujer sobre la conducta que se debe seguir si la prueba de embarazo sale positiva. Informe sobre la periodicidad de los controles prenatales que se le programarán y los profesionales que la atenderán: médico y profesionales de enfermería. Consulte la Norma técnica para la detección temprana de las alteraciones del embarazo, Norma técnica de la Resolución 412 (MSPS, 2000).
- Ante la presencia de barreras para el acceso a estos controles, alerte sobre esta condición al equipo de salud, coordine con trabajo social para dar solución a los problemas de afiliación, explore alternativas de instituciones más cercanas a la residencia y servicios extra-murales, y establezca con la mujer las medidas pertinentes para evitar la deserción de los

controles. Un estudio reciente sobre determinantes sociales de las demoras I y II que inciden sobre la mortalidad y morbilidad materna extrema (Pacheco y otros, 2013) identifica, a través de entrevistas a profundidad con mujeres que han sufrido eventos de morbilidad materna extrema, que en una proporción importante de estas mujeres no asistieron oportuna y regularmente a los controles prenatales por barreras como las que se mencionan en este punto. El rol de enfermería en la identificación y superación de las barreras de acceso a los servicios puede ser un factor diferenciador crítico a favor de la prevención de la morbilidad y la mortalidad materna y perinatal.

- Informe sobre la primera consulta prenatal con el médico, los exámenes que normalmente le solicitarán y la importancia de asistir cumplidamente a las citas del control prenatal.
- Motive acerca de la asistencia al curso de preparación para la maternidad y paternidad. Generalmente las mujeres nulíparas desconocen los cambios que se producen con la gestación y los beneficios de la educación para sus cuidados durante la etapa prenatal, el parto, postparto y con el recién nacido (Vidal y otros, 2012) (NE IV 3 GRB). Por tanto, el curso de preparación para la maternidad y paternidad le ayudan a la mujer a adaptarse a su rol materno, a pasar por la gestación y el parto con molestias mínimas y salud y bienestar óptimos, así como a mantener a su hijo, antes y después de nacer, en el mejor estado de salud posible (Oh, Sim, y Kim, 2002) (NE III 2 GR B).
- Explique la preparación requerida para la recolección de exámenes de laboratorio: técnica de recolección de muestra de orina, preparación para toma del hemograma, hemoclasificación, serología, prueba VIH, uroanálisis y glicemia.
- Fomente factores protectores: Estimule a la gestante a mantener el apoyo familiar y

explique la importancia del mismo, de la asistencia a controles prenatales y del cuidado adecuado de la gestación.

- Dé educación sobre los principales factores de riesgo según la edad de gestación, con base en lo establecido en la guía para la detección temprana de las alteraciones del embarazo (MSPS, 2007).
- Brinde consejería para la prevención de infecciones de transmisión sexual incluido el VIH (ONUSIDA, OPS, UNICEF, 2007) y citomegalovirus. Los profesionales de enfermería pueden actuar como agentes de prevención de la infección por citomegalovirus mediante la educación sobre higiene, teniendo precauciones durante la atención prenatal y medidas preventivas higiénicas en el lugar de trabajo. Resultados de investigaciones sugieren intervenciones educativas en higiene de prácticas de salud sexual (Harvey y Dennis, 2008) (NE I GRA).
- Haga recomendaciones generales sobre buena alimentación. Una dieta de alta calidad en el primer trimestre del embarazo se asocia con tamaño adecuado del recién nacido y menor riesgo de restricción del crecimiento fetal (Rodríguez-Bernal y otros, 2010) (NE III GR B).
- Registre en la historia clínica los datos recogidos en la anamnesis, riesgos identificados, las necesidades de cuidado identificadas, recomendaciones y conducta educativa.
- Haga la inscripción de la mujer en el programa de control prenatal.
- Remita a valoración odontológica (debe ser lo más temprano posible).
- Defina un plan de seguimiento que permita verificar el cumplimiento de las recomendaciones y garantizar la asistencia de la mujer a los controles prenatales.

- **Consultas de control o seguimiento**

Las mujeres gestantes en condiciones de normalidad pueden ser asignadas para control y seguimiento al profesional de enfermería, quien deberá tener en cuenta el trimestre de gestación que están cursando, la vinculación del compañero o referente afectivo próximo, así como la capacidad de la mujer y su familia para detectar signos y síntomas de alarma durante la gestación, promover factores protectores e identificar factores de riesgo (MSPS, 2000).

La gran mayoría de las mujeres gestantes tiene percepciones positivas de la consulta prenatal de enfermería, debido, principalmente, a cómo se establecen las relaciones de comunicación entre el/la profesional de enfermería y la gestante, que tienen el privilegio de ser acogida y escuchada, superando de ese modo, en parte, una práctica que tiene como eje central el modelo biológico (Shimizu y Lima, 2009) (NE IV GR B).

4.4

CONTROL DEL SEGUNDO TRIMESTRE DE LA GESTACIÓN

4.4.1 Valoración

En la valoración indague sobre los siguientes aspectos generales:

- La evolución de la gestación, explore la capacidad de la mujer gestante y de su compañero o acompañante, para identificar signos y síntomas de alarma. Consulte la Norma Técnica y la Resolución 412 (MSPS, 2000) y Guía para la detección temprana de alteraciones durante el embarazo (MSPS, 2012).
- Analice los resultados de exámenes de laboratorio ordenados y siga el procedimiento de acuerdo con la Norma Técnica y la Guía para la detección temprana de las alteraciones durante el embarazo sobre cumplimiento de órdenes médicas de la primera consulta prenatal.
- Dé información y facilite la participación:
 - *Sobre la asistencia de la gestante y su pareja o familiar al curso de preparación para la maternidad y paternidad.*
 - *Sobre factores protectores para la gestación y prácticas de cuidado favorables. Tenga en cuenta que la ausencia de factores protectores puede convertirse en riesgos para la gestación.*
 - *Sobre la superación de barreras de acceso (si las había) para acudir a los controles prenatales.*

4.4.2 Prácticas de cuidado

Durante la entrevista, explore acerca de las prácticas de cuidado de la mujer en relación con la gestación:

• Estimulación prenatal

Se ha puesto de manifiesto que la estimulación prenatal, sustentada en acciones organizadas, cargadas de afecto y con énfasis en la comunicación madre-hijo(a), influye positivamente en los eventos del parto, tales como: duración del trabajo de parto y tipo de parto, lo que denota que la manera en cómo los padres interactúan con los bebés antes de nacer, tiene un impacto positivo en el parto y en el desarrollo posterior del niño (Aguilar Cordero y otros, 2012) (NE III 3 GR B). La evidencia recomienda como estímulos para el hijo por nacer los siguientes: hablarle, leerle cuentos y cantarle; sobre el abdomen materno colocar música y luz de diferentes colores y acariciar la superficie abdominal materna (Ruiz, Fajardo y Morales, 2006) (NE I GR A). La práctica que menos realizan las mujeres gestantes es la estimulación con luz a través del abdomen (García, 2008) (NE III 3 GR B).

• Actividad física

La actividad física durante la gestación incluye el ejercicio, el descanso y el sueño y es un factor protector para la madre y el feto, especialmente

porque ayuda a prevenir algunos riesgos para ella y su hijo(a), además de todos los beneficios que se han demostrado y que contribuyen al desarrollo de una gestación en óptimas condiciones. Es visto como una manera de prepararse para el momento del parto.

Con relación a la actividad física se recomienda que las mujeres gestantes caminen durante 30 minutos, por lo menos tres veces a la semana; ejerciten el cuerpo en el agua y eviten ejercicios de alto impacto como brincar. Se recomienda evitar actividades domésticas que les produzcan cansancio como barrer, trapear y levantar objetos pesados. Se recomienda que las mujeres dediquen tiempo para descansar en el día y durante la noche duerman más de seis horas (Ruiz, Fajardo y Morales, 2005) (NE I GRA).

Las mujeres reconocen que el ejercicio que mayores beneficios trae es caminar y es con frecuencia recomendado por otras mujeres que ya han vivido la experiencia. En cuanto a la actividad física y descanso (Arévalo, 2007) (NE IV GR B), las gestantes no tienen un adecuado conocimiento de las ventajas que tiene la actividad física en su salud para controlar el aumento de peso y para prepararse para el nacimiento. Algunas realizan regular práctica porque dicen no disponer de tiempo para la actividad física. Para las mujeres gestantes sedentarias, un ejercicio de estiramiento puede ser más eficaz que caminar para mitigar el riesgo de preeclampsia, debido al aumento de la adhesión y los posibles efectos cardíacos fisiológicos (SeonAe, 2009) (NE II GR B).

• Actividad laboral

En caso de que la mujer gestante realice actividades laborales que le impliquen esfuerzos físicos permanentes, largos períodos de pie o sentada, se recomienda tomar un descanso cada dos horas durante 30 minutos, comer algo cada cuatro horas, consumir líquidos mientras esté en su trabajo, cambiar la posición en la que labora constantemente, como por ejemplo de estar sentada a estar

de pie y caminar; disminuir al mínimo las ocasiones en que levanta objetos pesados y se agacha (Ruiz, Fajardo y Morales, 2005) (NE I GRA).

Un número importante de gestantes adultas realiza actividades laborales que producen cansancio y muy pocas realizan actividades recreativas y no tienen rutina de ejercicios (García, 2008) (NE III 3 GR B).

Por lo anterior, se debe recomendar a la gestante evitar oficios que producen agotamiento físico, como lavar pisos, lavar ropa pesada a mano, cargar baldes con agua o mercados pesados, y evitar subirse a sillas u otros muebles.

• Alimentación

La gestante, con peso adecuado para la edad gestacional, debe consumir una dieta rica en proteínas animales y vegetales, carbohidratos y vitaminas. Las grasas se deben consumir con moderación. Se recomienda consumir en el día (Ruiz, Fajardo y Morales, 2006) (NE I GRA):

Tres o cuatro veces, leche o derivados lácteos como queso, kumis, yogurt o cuajada

Dos porciones de carne, pescado o vísceras

Dos porciones de hortalizas o verduras

Tres porciones de fruta

Cuatro o cinco cucharadas de leguminosas como el frijol, lenteja o garbanzo

Dos porciones de tubérculos como: papa, yuca o plátano

Consumir por lo menos cinco vasos de líquido al día

Cuando la gestante tenga deficientes hábitos alimentarios y sobrepeso o peso deficiente para la edad gestacional, además de las indicaciones que el/la profesional de enfermería impartirá para el autocuidado alimentario, deberá remitirla a la consulta especializada de nutrición y hacer el correspondiente seguimiento de atención por este servicio especializado.

• Higiene y cuidados personales

Los cambios fisiológicos durante la gestación llevan a la mujer a realizar algunas modificaciones relacionadas con la higiene y cuidados personales necesarios para el bienestar, como el aseo general, cuidados de la piel, uso de ropa y calzado cómodos. De estos cuidados se consideran relevantes los relacionados con la higiene genital y oral, con el fin de prevenir infecciones que pueden afectar la salud materna y fetal. Las infecciones vaginales se asocian con infecciones urinarias, con ruptura prematura de membranas y con prematurez (Ruiz, Fajardo y Morales, 2006) (NE I GR A). Con relación a

la limpieza de los genitales, se recomienda hacerlo de adelante hacia atrás para evitar la contaminación por materia fecal.

• Salud oral

La enfermedad periodontal se asocia con bajo peso al nacer y prematurez. En relación con la salud oral, las mujeres gestantes con un menor grado de escolaridad y menores ingresos presentan una mayor probabilidad de presentar periodontitis. Fumar antes y durante el embarazo se asocia fuertemente con periodontitis, así como la mala higiene bucal (Bezerra y otros, 2012) (NE III 2 GR B).

Se recomienda remitir a la gestante a valoración odontológica. Si no se puede en el primer trimestre de la gestación, en los inicios del segundo trimestre, con el fin de diagnosticar tempranamente la presencia de caries y realizar su tratamiento. Se recomienda realizar el cepillado y uso de seda dental después de cada comida y durante todos los trimestres.

Cuando la gestante tenga deficientes hábitos alimentarios y sobrepeso o peso deficiente para la edad gestacional, además de las indicaciones que el/la profesional de enfermería impartirá para el autocuidado alimentario, deberá remitirla a la consulta especializada de nutrición y hacer el correspondiente seguimiento de atención por este servicio especializado.

• Salud Sexual

En caso de identificar disminución de la actividad sexual por temores y creencias relacionadas con hacerle daño a su hijo(a), se recomienda el ejercicio pleno de la sexualidad a través de relaciones genitales o no, que permitan las manifestaciones propias de afecto y el derecho al goce de la pareja. Cuando exista dilema frente a las relaciones sexuales y de común acuerdo entre la pareja se decida suspender las relaciones genitales durante la gestación, por sentimientos de protección hacia su hijo(a) por nacer, se deberá respetar esta decisión (Guarnizo y Pardo, 2011) (NE III 2 GR B).

En caso de que la mujer curse la gestación con alguna patología obstétrica, se deberá consultar las indicaciones particulares de sexualidad para dicho evento.

Con el fin de prevenir infecciones transmisión sexual como SIDA, sífilis, gonococcia, chlamydia y citomegalovirus (Harvey y Dennis, 2008) (NE I GR A), se recomienda el ejercicio del sexo seguro como el uso del condón.

• Sistemas de apoyo

Se exploran con el fin de conocer qué tipos de apoyo perciben las mujeres, por lo general relacionados con ayuda práctica en las actividades de rutina, información o asesoramiento emocional y seguridad, así como la provisión de recursos y bienes materiales. Las fuentes más frecuentes de apoyo son la madre de la gestante, las hermanas y los maridos (Edmonds, Paul, y Sibley, 2011) (NE IV GR B). Estimule a la gestante a mantener el apoyo familiar, puesto que este se considera un importante determinante para lograr buena adherencia de las mujeres al control prenatal (Leal y otros, 2011) (NE III GR B).

• Consumo de sustancias no beneficiosas.

Dentro de los hábitos perjudiciales que afectan a la gestante y al feto y que se pueden presentar con más frecuencia son el consumo de bebidas alcohólicas y fumar. El alcohol lleva a retardo del

crecimiento intrauterino y, en los casos más graves, al Síndrome Alcohólico Fetal, caracterizado por defectos físicos y mentales. El consumo de cigarrillo se asocia a bajo peso al nacer y aumento de la morbilidad y mortalidad perinatal (Ruiz, Fajardo, y Morales, 2006) (NE I GR A). Se sugiere recomendar a la mujer gestante que evite consumir bebidas alcohólicas y fumar cigarrillo.

Las mujeres son más propensas a fumar durante el primer trimestre si su pareja es un fumador; sin embargo, la presencia de otros fumadores en el hogar no se asocia con mayor riesgo de fumar (Page, Padilla y Hamilton, 2012) (NE III 3 GR B). Los problemas de salud se asocian consistentemente con un mayor riesgo de fumar constante, con respecto a no fumadoras (Homish y otros, 2012) (NE III 3 GR B).

Los profesionales de enfermería pueden actuar con intervenciones para dejar de fumar. El embarazo es un tiempo propicio para ello, ya que las mujeres embarazadas tienen más probabilidades de estar en una etapa avanzada de cambio de comportamiento y los factores socioambientales y demográficos impactan significativamente la decisión de una mujer para dejar de fumar durante el embarazo. Es muy importante que las intervenciones potencien y refuercen los factores ambientales saludables, que también pueden afectar la percepción de riesgo en mujeres embarazadas (Buja y otros, 2011) (NE III GR A).

- El tabaquismo materno, así como la exposición al humo del tabaco se asocia fuertemente con bajo peso al nacer, retardo del crecimiento intrauterino y síndrome de muerte súbita. También ha quedado demostrado que el tabaquismo materno origina un aumento de abortos espontáneos, nacimientos prematuros, bajo peso al nacer y mayor número de complicaciones durante el embarazo y el parto. No hay un consenso sobre la cantidad mínima de tabaco, la recomendación es evitar su consumo.
- La ingesta diaria de alcohol (dos bebidas preparadas o cocteles, dos latas de cerveza o dos

copas de vino), puede ser teratogénica y producir el síndrome de alcohol fetal, que se caracteriza por alteraciones de la función cerebral, retardo en el crecimiento, alteraciones faciales externas. Se desconoce la dosis mínima necesaria que provoca el daño fetal, por lo que la ingesta de alcohol debe ser proscrita durante la gestación. El consumo de alcohol antes de la gestación y la exposición al abuso o violencia se asocian consistentemente con beber durante el embarazo. Tanto los proveedores de atención prenatal como los profesionales de enfermería deberían evaluar estos factores para mejorar la detección de mujeres en riesgo de exponerse a los efectos del alcohol (Skagerström, Chang y Nilsen, 2011) (NE I GR A); llevar un programa con ellas, y educar a la población sobre los efectos del alcohol, como lo establece la legislación colombiana (Ley 1385 de 2010).

- La ingesta de heroína y otros opiáceos, incluyendo la metadona, pueden provocar un síndrome de abstinencia grave en el bebé, que pueden durar de cuatro a seis meses. Pueden presentarse convulsiones en los hijos de mujeres consumidoras de metadona.
- El uso de anfetaminas se vincula con peso bajo al nacer y nacimiento prematuro, y está asociado con hemorragia intracraneal.
- El uso de cocaína está relacionado con un mayor riesgo de síndrome de muerte súbita del lactante.
- El consumo de marihuana está vinculado con el retardo del crecimiento intrauterino. A largo plazo, los niños expuestos a drogas prenatales tienen un riesgo incrementado de déficit cognoscitivo y menor cociente intelectual.
- La cafeína en exceso (café, té o cola) se pueden asociar con peso bajo al nacer; su consumo debe también desaconsejarse.
- Se deben seguir los lineamientos de política del MSPS a este respecto.

• Cuidado cultural

Sobre creencias y prácticas culturales de cuidado durante la gestación, la mayoría la mayoría de ellas y de los valores que las gestantes tienen en torno al cuidado de sí y de su hijo por nacer son susceptibles de ser apoyados, acomodados o negociados.

- Las mujeres se alistan para el nacimiento y realizan prácticas alimentarias apropiadas desde sus propias creencias y valores culturales, por tanto, es recomendable indagar en ellas sobre estos aspectos (Hernández, 2008) (NE IV GR B).
- Algunas mujeres gestantes, de acuerdo con sus creencias y valores culturales, se cuidan de manera diferente, realizan prácticas de protección para su hijo por nacer y la religión, si la profesa y cualquiera sea, es un apoyo. En consecuencia, se recomienda que el profesional de enfermería tenga en cuenta y respete estas creencias (Rendón y Ruiz, 2011) (NE IV GR B).
- Las creencias culturales de algunas mujeres gestantes están basadas en la religión y la tradición familiar donde la partera tradicional es una fuente de información y atención para proteger el embarazo y prevenir complicaciones (Agus y Horiuchi, 2012) (NE IV GR B).
- La aceptación de la gestación está relacionada con la identidad materna de la mujer, para lo cual ella aprende las tareas de cuidado de sí misma y de su hijo por nacer, expresa placer y gratificación, experimenta sentido de armonía, confianza y competencia en su rol como madre (Moreno, 2013) (NE IV GR B).
- Para la identificación por parte de la gestante de los signos de alarma para el segundo trimestre de la gestación, consultar en *Guía para la detección temprana de las alteraciones del embarazo* (MSPS, 2013).

4.4.3 Examen físico

En la valoración, realice examen físico completo por sistemas y de manera cefalocaudal. Consulte la Resolución 412 y la Guía para la detección temprana de alteraciones durante el embarazo (MSPS, 2007). Recuerde interactuar de manera permanente con la mujer mientras realiza el examen físico, teniendo en cuenta las siguientes sugerencias:

- En la cara: observe color de la piel y conjuntivas para evaluar signos de anemia.
- En la cavidad oral: observe higiene oral, estado de las encías, signos de gingivitis y presencia de caries.
- En el cuello: examine la tiroides en busca de signos de hipertrofia de la glándula.
- En tórax: examine las mamas y determine aumento de tamaño, características de pezones como planos e invertidos que hagan sospechar dificultad para la lactancia. También explore salida de secreciones.
- En abdomen: determine la forma, observe presencia de movimientos fetales si los hay de acuerdo con la edad gestacional y tome altura uterina (coloque el metro a partir de la sínfisis púbica hasta encontrar el fondo del útero indicándole a la mujer que realice una leve inspiración y expiración). Realice maniobras de Leopold para determinar posición, situación y presentación del feto.
- En genitales externos: identifique salida de secreciones con sus características y signos de infecciones de transmisión sexual.
- En miembros inferiores: observe y examine con el fin de identificar várices y edema.
- Durante el examen mantenga informada a la mujer gestante, su compañero o familiar sobre los datos recolectados en el mismo.

Una vez terminado el examen físico, realice el diagnóstico de la gestación teniendo en cuenta lo siguiente:

- Corroborar: gravidez (G), paridad (P), abortos (A), cesáreas (C), embarazos ectópicos (E).
- Edad gestacional (EG) por amenorrea (A) y por altura uterina (AU).
- Ausculte la frecuencia cardíaca fetal.
- Tenga especial cuidado en identificar cambios propios de la gestación y signos de alarma.
- Adicional a lo dispuesto en la Norma Técnica que hace parte de la Resolución 412 (MSPS, 2000) y la *Guía para detección temprana de alteraciones del embarazo* (MSPS, 2007), se sugiere tener especial cuidado con el aumento exagerado de peso en la mujer gestante. La incidencia de la obesidad está aumentando a un ritmo alarmante. Hay pruebas convincentes de que la obesidad aumenta en alrededor de tres veces el riesgo de preeclampsia. Combinar el ejercicio con una dieta rica en vitamina C, E y

**Recuerde interactuar
de manera permanente con la mujer
mientras realiza el examen físico.**

antioxidantes puede ser beneficioso para controlar la obesidad, aunque se recomienda que la dieta para pérdida de peso se haga antes de la gestación (Roberts y otros, 2011) (NE I GR B).

- Tenga en cuenta: ganancia de peso para la edad gestacional, porcentaje de peso para la talla según la edad gestacional, índice de masa corporal pregestacional y aumento de peso materno (Benjumea, 2007) (NE III GR A), con el fin de detectar riesgos por el aumento disminuido o exagerado de peso.

4.4.4 Exámenes paraclínicos

Evalúe en cada control las ayudas diagnósticas (laboratorios y ecografías fetales) que trae la gestante y registre claramente en la historia los resultados, especialmente los de fecha más reciente. De igual manera verifique los exámenes que hagan falta y tramite su solicitud.

• Citología vaginal

Si no existe factor de riesgo para la mujer, se puede tomar el examen, según indicaciones de la Norma técnica, Resolución 412 (MSPS, 2000), y *Guía de detección temprana de alteraciones del embarazo* (MSPS, 2007). Si aún no se la ha tomado, indague sobre los motivos por los cuales no se ha realizado; generalmente las mujeres no se toman la citología cérvicovaginal por desconocimiento y por temores (Ruoti de García de Zúñiga y otros, 2008) (NE IV GR B). Se recomienda, en caso de inasistencia de las mujeres gestantes a la toma de citología cérvicovaginal, realizar estrategias de información y comunicación que contribuyan a crear conciencia sobre la necesidad de examinarse mediante esta prueba, ya que el cáncer cervical no sólo puede ser curado sino que puede ser detectado oportunamente con ayuda de la citología, prueba que es fundamental para la salud de la población femenina. Si no tiene citología reciente (último año), se deberá efectuar el examen (Ruoti de García de Zúñiga y otros, 2008) (NE IV GR B).

• Serología para sífilis

La sífilis se transmite de la madre al niño durante el desarrollo fetal o al nacer. Casi la mitad de los niños infectados con sífilis *in útero* mueren poco antes o después del nacimiento. La estrategia principal para la eliminación de la sífilis congénita es la detección y tratamiento obligatorios de casos durante el embarazo. La serología (VDRL o RPR) debe realizarse antes de la semana 12 y debe repetirse en el segundo y tercer trimestre (MSPS y Colciencias, 2013), y al momento del parto. De esta manera se contribuye a la eliminación de la transmisión vertical de la sífilis y se apoya directamente a la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio 4, 5 y 6: reducir la mortalidad infantil, mejorar la salud materna y la prevención primaria del VIH (Newman y otros, 2013) (NE III 2 GR B).

• Hemoclasificación

Es necesario definir el grupo y el Rh materno. Existen patologías como la isoinmunización Rh que provoca en el feto: ascitis, edemas, hidropesía fetal o hidrops y muerte intrauterina; y en el recién nacido: anemia, edemas, ictericia severa, kernicterus, derrame pleural, insuficiencia cardíaca y muerte.

• Coombs indirecto si la madre es Rh negativa

El diagnóstico de la isoinmunización se basa en la determinación del factor Rh a principios del embarazo y la realización de la prueba de Coombs indirecta en las mujeres Rh negativas, ya que permite averiguar si ellas ya poseen anticuerpos anti-Rh; la titulación periódica de esta prueba a lo largo de todo el embarazo permite observar el nivel de anticuerpos.

• Hemoglobina

El feto depende de la sangre de la madre para suplir sus demandas de oxígeno y nutrientes. La anemia por deficiencia de hierro en la mujer gestante es causa de mortalidad materna y perinatal; también está altamente asociada a prematuridad y bajo peso al nacer (OMS, 2012) (NE IV GR A).

• Glicemia y pruebas de carga para carbohidratos

La hiperglicemia y el incremento inadecuado de peso durante el embarazo se asocia con resultados adversos para el feto y recién nacido, aumentando la posibilidad de hipoglicemia neonatal, macrosomía y anomalías congénitas. La diabetes gestacional puede ocurrir aun cuando no se presenten síntomas o factores de riesgo. En el contexto de la epidemia de obesidad actual, se reitera la importancia de centrar el peso corporal saludable en mujeres jóvenes como una estrategia para reducir el riesgo de macrosomía fetal. Por otra parte, estos resultados sugieren que, en el cuidado de las mujeres con sobrepeso u obesidad en la gestación, se

justifica un seguimiento más estrecho de aumento de peso durante el embarazo (Retnakaran y otros, 2012) (NE III 1 GR B).

• Frotis vaginal

Cada vez hay más evidencia de que la infección genital durante el embarazo aumenta el riesgo de infección del tracto urinario, un importante factor de riesgo para el nacimiento prematuro y la principal causa de muerte neonatal. Esto demuestra claramente la importancia del diagnóstico precoz y el tratamiento adecuado de la secreción vaginal para reducir la mortalidad infantil (Fonseca y otros, 2013) (NE III 2 GR B).

Evalúe en cada control las ayudas diagnósticas (laboratorios y ecografías fetales) que trae la gestante y registre claramente en la historia los resultados, en especial los de fecha más reciente. De igual manera verifique qué exámenes hacen falta y tramite su solicitud.

• Parciales de orina y urocultivos

La infección de tracto urinario es una complicación común durante la gestación. La bacteriuria asintomática ocurre entre el 2 y el 10% de los embarazos y, si no se trata, más del 30% de las mujeres que la padecen pueden desarrollar pielonefritis y desencadenar una serie de complicaciones como hipertensión, preeclampsia y posiblemente muerte materna o fetal. La bacteriuria durante el embarazo

está fuertemente asociada con prematurez, bajo peso al nacer, sepsis y choque. La evidencia científica muestra una reducción significativa de la bacteriuria sintomática en gestantes con una alta tasa de asistencia a la clínica y que recibieron una dosis diaria de nitrofurantoína y estrecha vigilancia, actividades en las que el profesional de enfermería tiene un importante rol para estimular a la mujer a la adherencia al tratamiento y a los controles (Schneeberger y otros, 2012) (NE I GR B).

• Serología para VIH

La infección por VIH es transmitida de la madre al neonato hasta en un 35% de los casos si no se suministra tratamiento. El uso de antirretrovirales reduce significativamente la transmisión de la infección por el VIH de la madre a su hijo, junto con otras intervenciones como cesárea electiva y uso de fórmula láctea en todos los recién nacidos expuestos. Esto ha demostrado reducción de la transmisión por debajo del 2%. Debe ofrecerse la prueba de VIH a toda mujer embarazada en el primer control, idealmente en el primer trimestre, previa consejería. En caso de no aceptación, la negativa debe quedar consignada en la historia clínica. De igual forma que para sífilis, la mujer puede infectarse durante el resto del embarazo y una segunda prueba en el tercer trimestre sería ideal (Landes y otros, 2007).

Identifique necesidades de cuidado:

De acuerdo con la valoración realizada a la mujer gestante, evalúe presencia de factores protectores y factores de riesgo, e identifique signos de alarma.

- En caso de detectar factores de riesgo o signos de alarma para la gestación, remita a la mujer gestante al profesional especializado para su atención. Haga seguimiento de esta remisión y sus resultados.
- Comparta con la mujer, su compañero o familiar los hallazgos y determine con ellos las necesidades de cuidado que tiene la mujer gestante.
- Identifique necesidades de educación de la gestante, compañero o familiar para el autocuidado prenatal.

4.4.5 Conducta que se debe seguir y recomendaciones adicionales para la mujer gestante

Las recomendaciones deberán estar de acuerdo con las necesidades de cuidado identificadas por el profesional de enfermería y la mujer gestante.

Recomendaciones sobre vacunación

Con relación a la vacunación se recomienda el esquema propuesto para gestantes por el Ministerio de Salud y Protección Social- Colciencias (2013) (NE IV GR A) que incluye:

Vacunación contra la influenza gestacional con virus inactivos.

La seguridad de la vacunación contra la fiebre amarilla durante el embarazo no ha sido bien establecida. Se recomienda administrar la vacuna sólo si se va a viajar a áreas endémicas.

Para garantizar la protección contra el tétanos materno y neonatal, a las mujeres embarazadas que nunca han sido vacunadas contra el tétanos o, se desconoce su esquema, se les recomienda una dosis inicial de toxoide tetánico lo más temprano posible, otra a las cuatro semanas y la tercera seis a doce meses después de la dosis inicial. Después de la semana 20 se recomienda sustituir una dosis de Td por una de Toxoide y Bordetella Pertussis (Tdap) para prevenir la infección por este agente en los niños menores de tres meses.

La infección por VIH es transmitida de la madre al neonato hasta en un 35% de los casos si no se suministra tratamiento.

Recomendaciones sobre suplementos nutricionales

De acuerdo con las *Guías de Práctica Clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento del embarazo, parto o puerperio* (MSPS y Colciencias, 2013), los suplementos nutricionales recomendados son los siguientes:

Suplencia con 400 microgramos/día de ácido fólico desde la consulta preconcepcional y hasta la semana 12 de embarazo, para reducir el riesgo de tener un recién nacido con defectos del tubo neural (anencefalia o espina bífida).

Suplemento de hierro más ácido fólico de forma rutinaria a todas las gestantes con embarazo de curso normal. Las pacientes con valores de hemoglobina (Hb) superiores a 14 g/dL no requieren dicha suplementación de forma rutinaria.

Suplencia con carbonato de calcio 1.200 mg/día a partir de la semana 14 para disminuir el riesgo de preeclampsia.

Que la ingesta de hierro y calcio se realice en horarios diferentes con un espacio de por lo menos una hora entre ellos, dos horas antes o después de las comidas principales y no consumir con leche.

Recomendaciones sobre lactancia materna

Realice consejería sobre preparación para la lactancia materna y recomiende cuidados de las mamas y los pezones durante la gestación así:

Lavado exclusivamente con agua.

Evitar el uso de cremas y lociones.

Si los pezones son sensibles, se pueden exponer a la luz solar durante 5 a 10 minutos por día.

Utilizar sostenes firmes (capaces de contener las mamas sin comprimirlas) (Fescina y otros, 2010). Háblele sobre el agrietamiento y dolor que se puede sentir en los primeros días y cómo superarlo. Evite crear en la mujer sentimientos de culpa, en caso de que no pueda en el futuro lactar de manera exclusiva a su hijo.

Si identifica factores de riesgo para la salud de la mujer gestante y su hijo por nacer, haga la remisión al profesional correspondiente y establezca el seguimiento que garantice la atención debida a la paciente.

Si identifica factores de riesgo para la salud de la mujer gestante y su hijo por nacer, haga la remisión al profesional correspondiente y establezca el seguimiento que garantice la atención debida a la paciente.

4.5 CONTROL DEL TERCER TRIMESTRE DE LA GESTACIÓN

4.5.1 Valoración

En la valoración, indague de la misma manera que en el segundo trimestre, pero adicione lo siguiente:

- Cumplimiento de las recomendaciones impartidas en la consulta anterior de seguimiento y control por enfermería y por médico.
- En prácticas de autocuidado, además de lo tenido en cuenta para el segundo trimestre, considerar que, en sistemas de apoyo, la baja calidad de las relaciones entre los miembros clave de la familia está fuertemente asociada con la depresión del tercer trimestre de la gestación (Senturk y otros, 2011) (NE III 3 GR B).
- Si cuenta con apoyo de la pareja o familiar. Entre las mujeres, la ayuda social, el funcionamiento familiar y la satisfacción de la relación romántica amortiguan significativamente la asociación entre lo personal y lo social de eventos estresantes y depresión (Divney y otros, 2012) (NE II 3GR B).
- Identificación por parte de la gestante de los siguientes signos de alarma relacionados con hipertensión arterial: cefalea, trastornos visuales y auditivos, epigastralgia, edema matutino, disminución o ausencia de movimientos fetales, actividad uterina, sangrado genital o leucorrea y sintomatología urinaria (MSPS, 2007).
- Con respecto a la actividad uterina, tener en cuenta presencia de contracciones —determinar el tipo de contracciones y explicar a la mujer—. Tener en cuenta las siguientes indicaciones de la *Estrategia de atención integral de enfermedades la infancia 2012* (AIEPI), (MSPS-OPS, 2012) respecto a la percepción de las contracciones uterinas:

Durante las 30 primeras semanas de gestación el tono uterino oscila entre 3 y 8 mm Hg. Existen dos tipos de contracciones: las tipo A, que son de poca intensidad (2 a 4 mm Hg), confinadas a pequeñas áreas del útero. Su frecuencia es aproximadamente de una contracción por minuto; estas pequeñas contracciones no son percibidas por la mujer grávida, ni por la palpación abdominal. Las contracciones tipo B son las de Braxton-Hicks que tienen una intensidad mayor (10-15 mm Hg) y se propagan a un área más grande del útero. Son percibidas por la palpación abdominal y la mujer grávida puede sentir las como un endurecimiento indoloro del útero. Tienen una frecuencia muy baja, que va aumentando a medida que la gestación progresa, hasta llegar a una contracción por hora alrededor de la semana 30 de gestación. Se acepta que el parto comienza cuando las contracciones uterinas tienen una intensidad promedio de 28 mm Hg y una frecuencia media de tres contracciones cada 10 minutos. Recomiende la asistencia de la mujer gestante y compañero, o la persona elegida por la mujer, al curso de preparación para la maternidad y paternidad.

4.5.2 Examen físico completo

Realice examen físico completo por sistemas y de manera cefalocaudal (MSPS, 2000; 2007). Tenga en cuenta en el examen físico lo recomendado para el segundo trimestre y adicione lo siguiente:

- Maniobras de Leopold, para identificar situación, posición, presentación fetal. Ausculte la frecuencia cardíaca fetal y el número de fetos.
- Registre en la historia clínica, en el diagnóstico de la gestación, los datos anteriores.

4.5.3 Solicitud de exámenes paraclínicos

Solicite exámenes paraclínicos, teniendo en cuenta los que ya hayan sido requeridos por el médico en el control por este profesional (evitar duplicidades innecesarias) y de acuerdo a la *Guía para detección temprana de alteraciones del embarazo* (MSPS, 2007). Además de lo recomendado para el segundo trimestre, hemoglobina y hematocrito, en todos los casos y si hay condiciones de riesgo para infecciones de transmisión sexual, se debe repetir el VDRL o RPR en cada trimestre y en el momento del parto, debido a que Colombia es un país con alta incidencia de sífilis congénita.

4.5.4 Identifique necesidades de cuidado

De acuerdo con la valoración realizada a la mujer gestante, evalúe presencia de factores protectores, presencia de factores de riesgo, identificación de signos de alarma por parte de la mujer, compañero o familiar.

- Comparta con la mujer, compañero o familiar los hallazgos encontrados y determine con ellos las necesidades de cuidado que tiene la mujer gestante.
- Establezca necesidades de educación de la mujer gestante y compañero para el autocuidado durante este trimestre, su preparación para el parto y cuidados del recién nacido.

**Comparta con la mujer, compañero o familiar
los hallazgos encontrados y determine con ellos
las necesidades de cuidado que tiene la gestante.**

4.5.5 Recomendaciones

- Se recuerda que las recomendaciones deberán estar de acuerdo con las necesidades de cuidado identificadas entre el profesional de enfermería y la mujer gestante.
- Si identifica prácticas de cuidado cultural que no son nocivas para la mujer gestante y su hijo por nacer, respételas y no las prohíba.
- Si identifica prácticas de cuidado cultural que son nocivas para la mujer gestante y su hijo por nacer y las puede modificar, eduque y negocie su modificación con la participación de la mujer gestante y su compañero o familiar.
- Refuerce la educación de autocuidado para el tercer trimestre de la gestación, su preparación para el parto y cuidados con el recién nacido.

- Refuerce la educación y preparación para la lactancia materna exclusiva:

Las recomendaciones de la OMS y la UNICEF (2010) para una óptima alimentación infantil, tal como se estipula en la Estrategia Mundial, son: Lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida e iniciar la alimentación complementaria adecuada y segura a partir de los seis meses de edad manteniendo la lactancia materna hasta los dos años de edad o más (Araya, 2013).

Está demostrado que la educación de la mujer para lactar de manera exclusiva a su hijo trae beneficios para alcanzar ese propósito. El conocimiento sobre la lactancia materna exclusiva antes de una intervención educativa es insuficiente, pero después de la intervención educativa y posterior seguimiento de las mujeres, se logra un alto porcentaje de ellas que garantiza la lactancia materna exclusiva (Estrada Rodríguez y otros, 2010) (NE IV GR B).

- Evite crear en la mujer sentimientos de culpa en caso de que no pueda en el futuro lactar de manera exclusiva a su hijo.
- Oriente a la mujer sobre la anticoncepción después del nacimiento del niño y la relación de la lactancia materna exclusiva y la disminución de la fecundidad. Un método de anticoncepción basado en la lactancia proporciona anticoncepción a la mujer y alimenta al bebé; puede ser eficaz hasta los seis meses después del parto, siempre y cuando la mujer no haya vuelto a menstruar y esté alimentando con lactancia exclusiva; requiere amamantar con frecuencia durante el día y durante la noche. Cuando este método es utilizado correctamente, tiene una seguridad del 99% (USAID, Johns Hopkins Center for Communication Programs, OMS, 2011).
- En caso de identificar factores de riesgo para la salud de la mujer gestante y su hijo por nacer, haga la remisión al profesional correspondiente y establezca el seguimiento que garantice la atención debida a la mujer.



5



EDUCACIÓN PARA LA MATERNIDAD Y LA PATERNIDAD



Este componente del Protocolo presenta la importancia que tiene la educación como parte del cuidado prenatal de enfermería con la mujer gestante y su hijo por nacer, el padre o familiar durante la etapa en cuestión, con el fin de conseguir el bienestar de los involucrados durante este período y el postparto. Se incluye la educación para que los padres apoyen el autocuidado en las mujeres, fortalezcan el vínculo afectivo con sus hijos y sientan confianza para apoyar el cuidado de sus recién nacidos.

En la educación para la maternidad y la paternidad se propone tener en cuenta tres temas centrales:

- Educación para el autocuidado durante la etapa prenatal, trabajo de parto y parto.
- Educación para la lactancia materna exclusiva.
- Educación para el cuidado del recién nacido.

5.1

EDUCACIÓN PARA EL AUTOCUIDADO DURANTE LA ETAPA PRENATAL, DE TRABAJO DE PARTO Y PARTO

La educación para el autocuidado durante las etapas mencionadas debe partir de la exploración y del diálogo de saberes con las mujeres gestantes que incluye lo que conocen y lo que necesitan conocer para su autocuidado. Sin embargo, hay temas que siempre se deben desarrollar y que a continuación se exponen:

- Introducción de la anatomía y fisiología de los órganos de la reproducción en hombres y mujeres y cómo se produce el embarazo.
- Realizar un diálogo de saberes con la mujer gestante sobre:

Sentimientos acerca de la gestación; alentar a la mujer a hablar de los sentimientos de sus compañeros y de las familias acerca de la gestación.

La buena nutrición durante la gestación y el puerperio.

Sentimientos acerca de la imagen corporal, aumento de peso y fomento de la buena nutrición.

Cambios fisiológicos y psicológicos durante la gestación y qué hacer frente a estos cambios.

Introducción de la atención prenatal y pruebas diagnósticas.

La ansiedad por su salud y la salud de su hijo por nacer.

Las relaciones con sus compañeros y familiares durante la gestación y estrategias para hacer frente a los problemas interpersonales.

Sistemas de apoyo disponibles.

Cómo manejar cambios físicos y psicológicos.

Introducción a mecanismos del trabajo de parto, parto y nacimiento con el necesario detalle.

Los sentimientos durante el trabajo de parto y parto.

Desarrollo de habilidades para afrontar el estrés y el dolor en el trabajo de parto y parto. Los métodos de alivio del dolor y la importancia de la confianza en sí misma durante el trabajo de parto y parto.

El componente práctico de la preparación para la maternidad y la paternidad: técnicas de relajación física y mental, formas de atención, concentración, distracción, patrones de respiración controlada y ejercicio físico (Serçekus y Mete, 2010) (NE II GR B).

Abrir espacios para reforzar el reconocimiento de signos de alarma y la red de atención en urgencias más próxima a su vivienda.

Hogares de paso, vivir en área rural, cómo organizar y planear el parto, cuando vive sola y tiene personas a su cargo (hijos, personas mayores o personas con discapacidad), con quién los deja, cómo buscar apoyo en su red próxima.

Los cambios físicos y emocionales después del parto, el afrontamiento y el cuidado de sí misma, los sentimientos durante el posparto.

Cambios en su proyecto o en su estilo de vida.

Sentimientos y decisiones hacia la anticoncepción.

Sexualidad durante el embarazo y postparto.

5.2 EDUCACIÓN PARA LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA

- Se recomienda primero explorar lo que significa y piensan la mujer y su compañero o familiar sobre lactar de manera exclusiva a su hijo. En un estudio cuasiexperimental, después de una intervención educativa y seguimiento, se logró lactancia materna exclusiva en la mayoría de las mujeres y se encontró que en el preparto la mayoría de ellas refirió haber sido amamantada, la red social con la cual se relaciona fue mayoritariamente amamantada y casi la totalidad de mujeres tenía intención de amamantar (Carvalho, Baribieri y Carreira, 2011) (NE III 1 GR B).
- Se recomienda que en la educación se dé respuesta a los interrogantes que plantean las mujeres con respecto a lactar de manera exclusiva a sus hijos.

- Realizar diálogo de saberes sobre:

Sentimientos sobre la lactancia materna.
La lactancia como método de anticoncepción.
Ventajas de la lactancia materna.
Técnica y frecuencia de la lactancia materna exclusiva.
Prevención de problemas con el regreso al trabajo.
Extracción manual, almacenamiento, y conservación de la leche materna.
Conducta ante los cólicos del niño y grietas en los pezones de la madre.
Apoyo del compañero y su familia.
Evaluación de los temas discutidos (Carvalho, Baribieri y Carreira, 2011) (NE III 1 GR B).

5.3 EDUCACIÓN SOBRE EL CUIDADO DEL RECIÉN NACIDO, PARA TODAS LAS PERSONAS DE LA RED EN HOGAR

Un estudio sobre los resultados maternos y neonatales en mujeres nulíparas con educación materna indica que cuando el recién nacido es dado de alta en el hospital, los padres se muestran temerosos e inseguros y con muchas necesidades de obtener apoyo e información sobre cómo cuidar al recién nacido en el hogar, especialmente en los aspectos relacionados con alimentación, baño, vestido, estimulación, medidas de protección y seguridad, y qué deben hacer y a dónde acudir ante la aparición de signos de alarma (Riaño y Vargas, 2010) (NE IV GR B).

Por estas razones, los profesionales de enfermería deben desarrollar educación con los padres para que puedan enfrentar la situación en el hogar; del mismo modo, diseñar y desarrollar diferentes estrategias educativas que deben comenzar desde el control prenatal y en los cursos de preparación para la maternidad y la paternidad, en los que, a través de experiencias vivenciales, demostraciones y videos, se facilite la discusión de los temas relacionados con el cuidado sus hijos recién nacidos (Serçekus y Mete, 2010).

Para desarrollar esta educación, se recomienda:

- Realizar con los padres, y especialmente con la mujer, un diálogo de saberes sobre:

Cuidados del recién nacido; alentar a las mujeres a hablar de sus sentimientos sobre este tema.

Las responsabilidades de cuidado con sus hijos recién nacidos y rutinas diarias que sus compañeros y otros miembros de la familia realizan.

Características del recién nacido (Riaño y Vargas, 2010).

Medidas de seguridad y protección.

Cuidados con la piel.

Nutrición del recién nacido.

Estimulación.

Signos de alarma.

Establezca mecanismos de verificación de la información de acuerdo con el contexto sociocultural de la mujer. Si es analfabeta, utilice símbolos u otros medios para verificar la comprensión de la información brindada.



6

INDICADORES DE USO

ACTIVIDAD	CUMPLE	NO CUMPLE
1. Identificación e Inscripción de la mujer gestante en el control prenatal.		
Primer trimestre		
Indaga sobre las razones que hacen pensar a la mujer que está en gestación.		
Explora la regularidad del ciclo menstrual en la mujer y ausencia de la menstruación.		
Indaga si es una gestación deseada o no.		
Explora sobre estrés en la mujer gestante en caso de gestación no deseada.		
Indaga si la mujer cuenta con apoyo familiar o no.		
Identifica necesidades de cuidado.		
Identifica necesidades de cuidado relacionadas con gestación deseada o no.		
Identifica necesidades de cuidado relacionadas con apoyo familiar o no.		
Identifica requerimientos de educación.		
Recomendaciones a la mujer gestante:		
Recomienda a la mujer examen de confirmación del embarazo.		
Informa a la mujer sobre la conducta que se debe seguir si la prueba de embarazo es positiva.		
Informa a la mujer sobre periodicidad de controles prenatales.		
Informa a la mujer sobre todo lo concerniente a la primera consulta prenatal.		
Informa a la mujer sobre todo lo concerniente a los controles prenatales.		
Explica la importancia de asistir al curso de preparación para la maternidad y paternidad.		
Educa a la mujer sobre preparación y técnica de recolección de exámenes de laboratorio.		
Promueve en la mujer fortalecimiento de factores protectores.		
Educa a la mujer sobre los principales factores de riesgo.		
Realiza consejería para prevención de Infecciones de transmisión sexual, incluyendo VIH y Citomegalovirus.		
Recomienda a la mujer una buena alimentación.		
Realiza registro completo en la historia clínica.		
Inscribe a la mujer en el programa de control prenatal.		

ACTIVIDAD	CUMPLE	NO CUMPLE
2. Consulta de control y seguimiento. Segundo Trimestre		
Indaga en la mujer gestante sobre la evolución de su gestación, la capacidad de la mujer para identificar signos y síntomas de alarma, cumplimiento de las órdenes médicas impartidas en la primera consulta prenatal.		
Analiza resultados de los exámenes de laboratorio.		
Indaga en la mujer sobre la asistencia al curso de preparación para la maternidad y paternidad.		
Indaga sobre presencia de factores protectores y prácticas de cuidado favorables en la mujer gestante.		
Indaga sobre prácticas de cuidado de la mujer gestante relacionadas con: Estimulación prenatal, actividad física, actividad laboral, alimentación, higiene y cuidados personales, salud sexual, sistemas de apoyo, consumo de sustancias no beneficiosas.		
Indaga sobre creencias y prácticas de cuidado cultural durante la gestación.		
Indaga sobre aceptación de la gestación, identificación de signos de alarma.		
Realiza en la mujer gestante examen físico por sistemas de manera cefalocaudal.		
Realiza el diagnóstico de la gestación.		
Identifica en la mujer gestante cambios propios de la gestación y signos de alarma.		
Solicita a la mujer gestante exámenes paraclínicos.		
<i>Identifica necesidades de cuidado en la mujer gestante:</i>		
Evalúa presencia de factores protectores, factores de riesgo e identificación de signos de alarma por parte de la mujer, compañero o familiar.		
Realiza remisión de la mujer gestante a profesionales especializados en caso necesario.		
Comparte con la mujer gestante, compañero o familiar los hallazgos encontrados en la valoración y determina con ellos las necesidades de cuidado.		
<i>Recomienda la mujer gestante, compañero o familiar:</i>		
Fomento de factores protectores.		
Cuidado y preparación de las mamas para la lactancia materna.		
Educa sobre higiene, medidas preventivas para infecciones de transmisión sexuales y abandono de hábitos nocivos, como el alcohol, cigarrillo, consumo de sustancias psicoactivas.		
Realiza estrategias de comunicación e información para crear conciencia en la toma de citología cérvico vaginal.		
Realiza consejería en lactancia materna.		

ACTIVIDAD	CUMPLE	NO CUMPLE
3. Control y seguimiento en el tercer trimestre de la gestación		
Indaga a la mujer de la misma manera en que lo hizo en el control del segundo trimestre.		
Indaga sobre prácticas de cuidado en la mujer gestante.		
Indaga sobre la identificación de movimientos fetales por parte de la mujer gestante, compañero o familiar.		
Verifica que la mujer gestante, compañero o familiar identifiquen signos de alarma en el tercer trimestre de la gestación.		
Verifica la asistencia de la mujer gestante y compañero al curso de preparación para la maternidad y la paternidad.		
Realiza el examen físico por sistemas y de manera cefalocaudal, de la misma manera que en el segundo trimestre, pero adiciona maniobras de Leopold.		
Solicita exámenes paraclínicos como el VDRL y P.O, en caso necesario.		
Identifica necesidades de cuidado.		
Comparte con la mujer gestante, compañero o familiar las necesidades de cuidado.		
Identifica necesidades de educación para el autocuidado, preparación para el parto y cuidados del recién nacido.		
Respetar y no prohíbe prácticas culturales de cuidado a la mujer gestante y compañero, que no son nocivas para el bienestar de la mujer gestante y su hijo por nacer.		
Negocia con la mujer gestante y con su compañero prácticas de cuidado que requieren modificaciones.		
Reestructura con la mujer gestante y con su compañero prácticas de cuidado que no son factibles de modificar.		
Refuerza la educación para el autocuidado, preparación para el parto, cuidados del recién nacido y lactancia materna exclusiva.		
<i>Diseña, ejecuta y evalúa el curso de preparación para la maternidad y la paternidad teniendo en cuenta los tres temas centrales:</i>		
Educación para el autocuidado durante la etapa prenatal, trabajo de parto y parto.		
Educación para la lactancia materna exclusiva.		
Educación sobre el cuidado del recién nacido.		
En la educación para el autocuidado tiene en cuenta la exploración y el diálogo de saberes con las mujeres gestantes y compañeros sobre lo que saben y necesitan conocer para su autocuidado.		



BIBLIOGRAFÍA

Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, USAID, Johns Hopkins Center for Communication Programs y Organización Mundial de la Salud - OMS (2011). *Anticoncepción. Un Manual mundial para proveedores*.

Aguilar Cordero, M. J., Vieite Ravelo, M., Padilla López, C. A., Mur Villar, N., Rizo Baeza, M. M. y Gómez García, C. I. (2012). *La estimulación prenatal; resultados relevantes en el periparto*. doi: 10.3305/nh.2012.27.6.6019.

Agus, Y. y Horiuchi, S. (2012). Factors influencing the use of antenatal care in rural West Sumatra, Indonesia. *BMC pregnancy and childbirth*, 12(1), 9.

Araya, C. Z. (2013). Educación prenatal: Factor asociado al éxito de la lactancia materna. *Revista Electrónica Enfermería actual en Costa Rica*. Recuperado de www.revenf.ucr.ac.cr

Arévalo, S. E. (2007). Gestación y prácticas de cuidado que realizan consigo mismas y el hijo por nacer. *Revista Avances en Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia*. Av enferm, XXVI (2), 50-57.

Benjumea, M. V. (2007). Exactitud diagnóstica de cinco referencias gestacionales para predecir el peso insuficiente al nacer. *Bio-médica*, 27, 42-55.

Bezerra, dV M. D., Arraes, dA R., Moura, dS S. R. y Jamelli, B.C, S. (2012). Factores de riesgo asociados a la periodontitis en mujeres embarazadas. PMID 2249477 *Pubmed*.

Buja, A., Guarnieri, E., Forza, G., Tognazzo, F., Sandonà, P. y Zampieron, A. (2011). Socio-demographic factors and processes associated with stages of change for smoking cessation in pregnant versus non-pregnant women. *BMC women's health*, 3. PMID 21261957.

- Cabrero J. (1999). Enfermería basada en la evidencia y utilización de la investigación. *IndexEnferm* 27, 12-8.
- Carvalho da, G. L. C, Baribieri, F. Mdo. C. y Carreira, C. M. T. C. (2011). Contribuciones de la intervención de enfermería de cuidados de salud primarios para la promoción del amamantamiento materno. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 19(2).
- Centro de enfermería basado en evidencia. Recuperado de <http://www.york.ac.uk/healthsciences/>
- Corte Constitucional de la República de Colombia. *Sentencia C-355 de 2006* (M.P.: Jaime Araujo Rentería y Clara Inés Vargas Hernández).
- Divney, A. A., Sipsma, H., Gordon, D., Niccolai, L., Magriples, U. y Kershaw, T. (2012). Depression during pregnancy among young couples: the effect of personal and partner experiences of stressors and the buffering effects of social relationships. *Journal of pediatric and adolescent gynecology*, 3, 201-207.
- Departamento Nacional de Planeación y Ministerio de Salud y Protección Social DNP/MSPS (2013). *III Informe de seguimiento a cumplimiento de los ODM*. Bogotá, D.C.
- Edmonds, J. K., Paul, M., & Sibley, L. M. (2011). Type, content, and source of social support perceived by women during pregnancy: Evidence from Matlab, Bangladesh. *Journal of health, population, and nutrition*, 29(2), 163.
- Estrada Rodríguez, J., Amargós Ramírez, J., Reyes Domínguez, B. y Guevara Basulto, A. (2010). Intervención educativa sobre lactancia materna. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 14(2), 0-0.
- Evidence Based Midwifery Practice Guidelines. Recuperado de <http://www.radmid.demon.co.uk/Evidence.htm>
- Evidence Based Nursing (Mount Sinai) Recuperado de <http://www.cebm.utoronto.ca/syllabi/nur/>
- Fescina, R. H., De Mucio, B., Díaz Rossello, J. L., Martínez, G., Serruya, S., & Durán, P. (2010). Salud sexual y reproductiva: guías para el continuo de atención de la mujer y el recién nacido focalizadas en APS. *CLAP/SMR. Publicación Científica* (No. 1573).
- Fondo de Población de las Naciones Unidas - UNFPA Colombia (2012) *Las muertes maternas se redujeron a la mitad en 20 años, pero es necesario acelerar el progreso*. Recuperado de <http://www.unfpa.org/public/home/mothers>

- Fondo de Población de las Naciones Unidas - UNFPA Colombia (2013). *La salud materna, una tarea pendiente para Colombia. Boletín de prensa*. Recuperado de <http://nacionesunidas.org.co//2013/>
- Fonseca, T. M., Cesar, J. A., Mendoza-Sassi, R. A. y Schmidt, E. B. (2013). Pathological Vaginal Discharge among Pregnant Women: Pattern of Occurrence and Association in a Population-Based Survey. *Obstetrics and gynecology international*, 2013.
- Foundation of Nursing Studies. Recuperado de <http://www.fons.org/links.htm>
- Furber, C. M., Garrod, D., Maloney, E., Lovell, K. y McGowan, L. (2009). Malestar psicológico de leve a moderado durante el embarazo. *Int J Enfermería Stud.* 46(5):669-77. doi: 10.1016/j.ijnurstu.
- García, L. M. (2008). Comparación de las prácticas de cuidado en dos grupos de gestantes en la ciudad de Sincelejo. *Av enferm XXVI* (1), 22- 35.
- Ghosh, J. K. C., Wilhelm, M. H., Dunkel-Schetter, C., Lombardi, C. A. y Ritz, B. R. (2010). Paternal support and preterm birth, and the moderation of effects of chronic stress: a study in Los Angeles County mothers. *Archives of women's mental health*, 13(4), 327-338. PMID: 20066551
- Gonçalves, K., Costa, O., Muniz, J., Márcia, T. (2010). Vivencian-do repercussões e transformações de uma gestação: perspectivas de gestantes. *Cienc. Enferm.* 16(2): 115-125. Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532010000200012&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532010000200012>
- Guarnizo, M. y Pardo, M. P. (2011). El significado de la sexualidad durante la gestación. *Av. Enferm, XXIX* (2), 294-306.
- Guías Profesionales de la Salud. Recuperado de <http://www.cochrane.org>
- Harvey J., Dennis C. L. (2008). Hygiene interventions for prevention cytomegalovirus infection among child bearing women: systematic review. *J Adv Nurs*.
- Hernández M., L. M. (2008). La gestación: Proceso de preparación de la mujer para el nacimiento de su hijo. *Revista Avances en Enfermería Universidad Nacional de Colombia. Av enferm, XXVI*(1), 97-102.

- Herrera, J. A. y Hurtado (2001). *Modelo de Riesgo biopsicosocial. Aplicación de un modelo biopsicosocial para la reducción de la morbilidad y mortalidad materna en Colombia* (2ª. ed.), Cali: Universidad del Valle, Cali.
- Homish, G. G., Eiden, R. D., Leonard, K. E. y Kozlowski, L. T. (2012). Social-environmental factors related to prenatal smoking. *Addictive behaviors*, 37(1), 73-77.
- Information package for nurses, midwives and community nurses. Recuperado de <http://www.doh.gov.uk/nhsexec/aep.htm>
- Karaçam, Z., Onel, K. y Gerçek, E. (2011). Efectos del embarazo no planificado en la salud materna en Turquía. *Partería*, 27(2):288-93. doi: 10.1016/j.midw.2009.07.006.
- Landes, M., Thorne, C., Barlow, P., Fiore, S., Malyuta, R., Martinelli, P. y Newell, M. L. (2007). Prevalence of sexually transmitted infections in HIV-1 infected pregnant women in Europe. *European journal of epidemiology*, 22(12), 925-936.
- Leal, M. d. o. C., Pereira, A. P., Lamarca, G. d. e. A. y Vettore, M. V. (2011). The relationship between social capital, social support and the adequate use of prenatal care. *Cadernos de saúde pública*, S237-53.
- Leininger, M. (2006). Culture care diversity and universality. Theory and Evolution of the Ethnonursing Method. En M. M. Leininger y M. R. McFarland (eds.). *Culture care diversity and universality: A worldwide nursing theory* (pp. 1-42). Canadá: Jones & Bartlett Learning.
- Meiksin, R., Chang, J. C., Bhargava, T., Arnold, R., Dado, D., Frankel, R., Rodríguez, K. L., Ling, B. y Zickmund, S. (2012). *Ahora es la oportunidad: Comunicación con el paciente y el proveedor sobre el embarazo no planificado*.
- Ministerio de Salud y Protección Social, MSPS (2000). *Norma técnica para la detección temprana de las alteraciones del embarazo*. Bogotá, D. C.
- Ministerio de Salud y Protección Social, MSPS (2000). *Resolución 412 de 2000*. Bogotá, D.C.
- Ministerio de Salud y Protección Social, MSPS (2007). *Guía para la detección temprana de las alteraciones del embarazo*. Bogotá, D.C.

Ministerio de Salud y Protección Social, MSPS (2012). *Guías de promoción de la salud y prevención de enfermedades en la salud pública. Guía para la detección temprana de las alteraciones del embarazo*. Colombia.

Ministerio de Salud y Protección Social y Organización Panamericana de la Salud. (2012). *Libro Clínico de la estrategia de atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia* (AIEPI). Bogotá, D.C.

Ministerio de Salud y Protección Social, MSPS (2012). Resolución 459 de 2012. Bogotá, D.C.

Ministerio de Salud y Protección Social y Colciencias (2013). *Guías de práctica clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio. Guías No. 11-15*. Bogotá, Colombia.

Ministerio de Salud y Protección Social y Fondo de Población de las Naciones Unidas (2013). *Protocolo de atención a la embarazada menor de 15 años*. Bogotá, Colombia.

Ministerio de Salud y Protección Social (2013). *Plan decenal de salud pública 2012 – 2021: La salud en Colombia la construyes tú*. Bogotá, D.C.

Moreno, M. C. (2013). *Efecto de una intervención de enfermería en el proceso de convertirse en madre en mujeres en posparto* (tesis de maestría). Universidad de La Sabana, Chía.

Newman, L., Kamb, M., Hawkes, S., Gomez, G., Say, L., Seuc, A. y Brouet, N. (2013). Global estimates of syphilis in pregnancy and associated adverse outcomes: analysis of multinational antenatal surveillance data. *PLoS medicine*, 10(2), e1001396.

Niveles de evidencia (establecidos por The Joanna Briggs Institute - rev. 2003). Recuperado de http://www.junta-deandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/index.php?id=manual_procedimientos_niveles

Nursing sites on the web. Recuperado de <http://ublib.buffalo.edu/libraries/units/hsl/internet/nsgsites.html>

Oh, H. E., Sim, G. S., & Kim, J. S. (2002). The effects of prenatal education on primiparas' perception of delivery experience, self-confidence and satisfaction in maternal role performance. *Korean Journal of Women Health Nursing*, 8(2), 268-277.

- Organización Mundial de la Salud –OMS (2012). *Guideline: Daily Iron and Folic Acid Supplementation in Pregnant Women*. Geneva: World Health Organization.
- Ortiz, E., Quintero, C. A., Mejía, J., Romero, E. y Ospino, L. (2010). *Vigilancia de la morbilidad materna extrema*. Bogotá, D. C.: Ministerio de Protección Social. Dirección General de Salud Pública.
- Pacheco, C. y otros (2013). *Condiciones e imaginarios sociales y culturales que motivan o definen las demoras I y II asociadas con la mortalidad materna en diferentes contextos de población en Colombia*. Bogotá: Convenio 036, Ministerio de Salud y Protección Social –MSPS, Fondo de Población de Naciones Unidas, Corporación para la Investigación Acción en Sociedad, Salud y Cultura –CIISC y Polo a Tierra – Imaginación y Comunicación Ltda.
- Page, R. L., Padilla, Y. C. y Hamilton, E. R. (2012). Psychosocial factors associated with patterns of smoking surrounding pregnancy in fragile families. *Maternal and child health journal*, 1, 249–257. PMID: 21197563
- Padilla, Y. C., Hamilton, E. R. (2012)- Factores psicosociales asociados a los hábitos de fumar alrededor de embarazo en Familias frágiles. PMID: 21197563 [PubMed - Medline].
- Pérez B L. (2011). *Significado que las puérperas asignan a la experiencia de una gestación con preeclampsia* (tesis de maestría). Repositorio Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, D. C.
- Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA –ONUSIDA, Organización Panamericana de la Salud - OPS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia - UNICEF. (2007). *Modelo de gestión integral de servicios de salud sexual y reproductiva y prevención de la infección por VIH. Los derechos humanos y la bioética en los servicios de salud sexual y reproductiva*. Colombia: Proyecto Integra.
- Rendón, B. J. y Ruiz. C. H. (2011). *Significado de las prácticas de cuidado cultural que realizan las gestantes consigo mismas y sus hijos por nacer en el control prenatal*. Bogotá D.C.: Repositorio Universidad Nacional de Colombia.
- República de Colombia. Congreso de la República de Colombia (2010). *Ley 1385 de 2010*. Bogotá, D.C.: Diario Oficial 47709.
- República de Colombia. Congreso de la República de Colombia (2011). *Ley 1438 de 2011*. Bogotá, D.C.: Diario Oficial 47957.

- Retnakaran, R., Ye, C., Hanley, A. J., Connelly, P. W., Sermer, M., Zinman, B. y Hamilton, J. K. (2012). Effect of maternal weight, adipokines, glucose intolerance and lipids on infant birth weight among women without gestational diabetes mellitus. *Canadian Medical Association Journal*, 184(12), 1353-1360.
- Riaño, R. N. y Vargas L. F. (2010). *Estrategia educativa para el cuidado de los recién nacidos que egresan de los servicios de ginecoobstetricia y de la unidad de recién nacidos del Hospital Regional de Sogamoso* Trabajo de especialización. Chía: Universidad de la Sabana. Recuperado de <http://intellectum.unisabana.edu.co:8080/jspui/bitstream/10818/3854/1/132319.pdf>
- Roberts, J. M., Bodnar, L. M., Patrick, T. E. y Powers, R. W. (2011). The role of obesity in preeclampsia. *Pregnancy Hypertension: An International Journal of Women's Cardiovascular Health*, 1(1), 6-16.
- Rodríguez-Bernal, C. L., Rebagliato, M., Iñiguez, C., Vioque, J., Navarrete-Muñoz, E. M., Murcia, M., Bolumar, F., Marco, A., & Ballester, F. (2010). Diet quality in early pregnancy and its effects on fetal growth outcomes: the Infancia y Medio Ambiente (Childhood and Environment) Mother and Child Cohort Study in Spain. *The American journal of clinical nutrition*, 6, 1659-1666. PMID 20410088.
- Ruiz, C.H. y Muñoz L. (2000). *Cuidado de enfermería materno perinatal en su rol asistencial, gerencial docente e investigativo*. En Cuidado y Práctica de Enfermería. Bogotá: Grupo de Cuidado Facultad de Enfermería Universidad Nacional de Colombia.
- Ruiz, C.H., Fajardo, M. T. y Morales. J. P. (2005). *Validez y confiabilidad del instrumento de valoración de prácticas de cuidado que realizan consigo mismas y con el hijo por nacer las mujeres en etapa prenatal* (tesis de maestría). Universidad Nacional de Colombia; Bogotá.
- Ruiz, C.H., Fajardo, M. T. y Morales. J. P. (2006). Validez y confiabilidad del instrumento de valoración de prácticas de cuidado que realizan consigo mismas y con el hijo por nacer las mujeres en etapa prenatal. *Av enferm XXIV*(1), 26-34.
- Ruoti de García de Zúñiga, M., Arrom de Fresco, C. H., Ruoti Cosp, M. y Orué, E. (2008). Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el test de Papanicolau (PAP) en mujeres embarazadas consultantes de hospitales públicos del Departamento de Alto Paraná, Paraguay. *Mem. Inst. Invest. Cienc. Salud (Impr.)*, 4(2), 48-58.

- Schneeberger, C., Geerlings, S. E., Middleton, P. y Crowther, C. A. (2012). Interventions for preventing recurrent urinary tract infection during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*, CD009279.
- Senturk, V., Abas, M., Berksun, O. y Stewart, R. (2011). Social support and antenatal depression in extended and nuclear family environments in Turkey: a cross-sectional survey. *BMC psychiatry*, 48. PMID: 21435209.
- SeonAe, Y. (2009). La adhesión a caminar o estiramiento y el riesgo de preeclampsia en mujeres embarazadas sedentarias. EE.UU. PMID 19415672.
- Serçekus, P. y Mete, S. (2010). Effects of antenatal education on maternal prenatal and postpartum adaptation. *Journal of advanced Nursing*, 66(5), 999-1010.
- Shimizu, H. E., & Lima, M. G. D. (2009). The dimensions of prenatal care embodied in nursing consultation. *Revista brasileira de enfermagem*, 62(3), 387-392.
- Skagerström, J., Chang, G. y Nilsen, P. (2011). Predictors of drinking during pregnancy: a systematic review. *Journal of women's health*, 20(6), 901-913.
- Swanson, K. M. (1993). La enfermería como el cuidado informado para el bienestar de los demás. *Journal of Nursing Scholarship*, 25(4).
- The Joanna Briggs Institute. <http://www.joannabriggs.edu.au/welcome.html>
- Vidal, M., Reyes, L., Fernández, M. M. y otros (2012). Preparación psicofísica para el parto: seguridad y satisfacción a las gestantes. *Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos*.
- Yenita, A., Shigeko, H. y Sarah, E P. (2012). Creencias tradicionales de Indonesia rural las mujeres sobre la atención prenatal. *BMC Research Notes*, 5, 589.



PROTOCOLOS PARA LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LA MUJER

CUIDADO DE LA MUJER EN TRABAJO DE PARTO, PARTO Y PUERPERIO

Autores

VÍCTOR HUGO QUINTERO BAUTISTA

Mg. Enfermería Materno Infantil.

Profesor asistente de la Escuela de Enfermería Universidad del Valle.

Correo electrónico: victor.quintero@correounivalle.edu.co

LUZ ÁNGELA ARGOTE OVIEDO

Mg. Enfermería Materno Infantil.

Profesora titular de la Escuela de Enfermería Universidad del Valle.

Correo electrónico: luargote@gmail.com

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	235
1. JUSTIFICACIÓN	239
2. OBJETIVOS	243
2.1. OBJETIVO GENERAL	244
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	244
3. METODOLOGÍA	245
3.1. ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA	248
3.2. RESUMEN DE RESULTADOS	249
4. CUIDADO DE LA SALUD DE LA MUJER GESTANTE DURANTE LA ADMISIÓN EN LA SALA DE TRABAJO DE PARTO	251
4.1. ELABORACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA OBSTÉTRICA	253
4.2. VALORACIÓN FÍSICA	255
4.3. VALORACIÓN OBSTÉTRICA	256
4.4. REVISIÓN DE AYUDAS DIAGNÓSTICAS	259
4.5. IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO	262
4.5.1. Factores de riesgos biológicos	262
4.5.2. Factores de riesgos psicosociales	266
4.6. ESTABLECIMIENTO DEL DIAGNÓSTICO Y LAS NECESIDADES QUE REQUIEREN SER SATISFECHAS	268
4.7. CLASIFICACIÓN DEL RIESGO DEL PARTO Y CONDUCTAS A SEGUIR	268
4.7.1. Parto de muy alto riesgo	269
4.7.2. Parto de alto riesgo	271
4.7.3. Parto de bajo riesgo, eutócico, normal o fisiológico	271

5.	CUIDADO DE LA SALUD DE LA MUJER GESTANTE ADMITIDA EN PROCESO DE TRABAJO DE PARTO	273
5.1.	ACOMPañAMIENTO	274
5.2.	IDENTIFICAR Y SATISFACER NECESIDADES FÍSICAS, EMOCIONALES Y CULTURALES DE LA GESTANTE DURANTE EL TRABAJO DE PARTO	275
5.3.	VALORACIÓN CONTINUA EN LA SALA DE TRABAJO DE PARTO	276
6.	CUIDADO DE LA MUJER GESTANTE DURANTE EL PROCESO DEL NACIMIENTO	281
6.1.	CUIDADO DE LA MUJER DURANTE EL PROCESO DE ALUMBRAMIENTO	284
6.2.	CUIDADO DEL RECIÉN NACIDO EN SALA DE PARTOS	288
6.3.	CLASIFICACIÓN DEL RIESGO AL NACER	292
7.	CUIDADO DE LA SALUD DE LA MUJER Y SU RECIÉN NACIDO DURANTE EL PUERPERIO	295
7.1.	VALORACIÓN INICIAL	296
7.2.	SEGUNDA VALORACIÓN DURANTE EL PUERPERIO	297
7.3.	IDENTIFICAR NECESIDADES	297
7.4.	CUIDADO DE LA SALUD DEL RECIÉN NACIDO DURANTE LAS PRIMERAS VEINTICUATRO HORAS	298
7.5.	CUIDADOS PARA EL EGRESO DE LA MUJER Y EL RECIÉN NACIDO	299
8.	INDICADORES DE USO	303
	BIBLIOGRAFÍA	309

INTRODUCCIÓN

La gestación es un proceso natural y trascendental en la vida de las mujeres. Convertirse en madre lleva consigo cambios físicos, psicológicos y sociales, redefinir las relaciones familiares y tomar responsabilidad para cuidar un hijo. La maternidad como elección y el cumplimiento de las expectativas de cada mujer, el sentirse partícipe, poder decidir y mantener el control durante la gestación y sobre el proceso del parto, son factores que se relacionan con la satisfacción que genera el evento, el cual solo se debe intervenir para corregir desviaciones que apartan de la normalidad.

El/la profesional de enfermería tiene la responsabilidad de apoyar a la gestante y su familia durante el proceso de nacimiento; comprender cuáles son las necesidades básicas de ella, ofrecer un cuidado personalizado e integral, fundamentado en la evidencia científica, y respetuoso, con el derecho a la información y a la toma de decisiones que los derechos a la salud sexual y reproductiva y la legislación colombiana reconocen a las mujeres. De esta manera las mujeres tendrán mayores posibilidades de lograr nacimientos saludables, en condiciones óptimas y seguras, y vivir el parto como una experiencia positiva de crecimiento y maduración.

En nuestro país, la Resolución 412 de 2000 del Ministerio de Salud y Protección Social, a través de la *Norma técnica de atención del parto*, define el trabajo en cuestión como:

Conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones, para la asistencia de las mujeres gestantes en los procesos fisiológicos y dinámicos del trabajo de parto, expulsión del feto vivo o muerto, con 20 o más semanas de gestación, alumbramiento y puerperio inmediato.

Se indica también lo siguiente:

La gestación comprendida entre la semana 20 y la semana 40 debe ser asistida en forma individualizada por los distintos procesos inherentes al trabajo de parto, de acuerdo con los recursos institucionales requeridos y la disponibilidad de un equipo multidisciplinario.

Así mismo, en la *Norma técnica para la atención del recién nacido*, se señala que:

La atención del recién nacido está representada en el conjunto de actividades, cuidados, intervenciones y procedimientos dirigidos a las niñas y niños en el proceso del nacimiento e inmediatamente después de nacer, en procura del bienestar general del recién nacido. La mayoría de las complicaciones del periodo neonatal son prevenibles, controlables o tratables, y están asociadas con la salud de la mujer, la calidad de la atención de la gestación, del parto y del periodo neonatal.

En el protocolo que nos ocupa se presenta una guía de actuación para que los profesionales de enfermería unifiquen los criterios frente al cuidado de la gestante durante el trabajo de parto, parto y puerperio normal, y se establecen recomendaciones basadas en la evidencia científica y su evaluación razonada. Fue diseñado en concordancia con la normatividad vigente, Ley 266 de 1996, referente al ejercicio profesional de enfermería, los principios éticos establecidos por la ley deontológica para la práctica de enfermería en Colombia (Ley 911 de 2004), la normatividad del Ministerio de Salud y Protección Social para la atención de la mujer gestante durante el parto y las afirmaciones teóricas de Swanson (1991) y Leininger (1991), sobre las que se profundiza en el marco conceptual.

El protocolo consta de cuatro partes:

1. Cuidado de la salud de la mujer gestante durante la admisión en la sala de trabajo de parto.
2. Cuidado de la salud de la mujer gestante admitida en el proceso de trabajo de parto.
3. Cuidado de la salud de la mujer gestante y su hijo durante el proceso de nacimiento
4. Cuidado de la salud de la mujer y del recién nacido, durante el puerperio.

De la misma manera, el protocolo enfatiza cuatro aspectos:

- a. Valoración de la mujer gestante, integrando la información objetiva y subjetiva que el profesional de enfermería obtiene con el reconocimiento y aceptación de las diversidades y variabilidades de la mujer gestante como sujeto de cuidado.
- b. Identificación de los riesgos reales o potenciales, la clasificación de los mismos y la selección del sitio de atención.
- c. Establecimiento de los diagnósticos y necesidades de la gestante, las cuales requieren ser satisfechas para determinar las conductas que se deben seguir.
- d. Planeación y ejecución de los cuidados propuestos, lo que favorece el desarrollo de las competencias naturales presentes en la mujer, la pareja y su familia.

Se pretende con este protocolo promover en la enfermería la toma autónoma de decisiones basadas en evidencia. Igualmente, mejorar la calidad del cuidado de enfermería para asegurar que la gestante y su hijo reciban atención segura y acorde con los riesgos que presentan, lo que contribuye a disminuir la posibilidad de las mujeres gestantes de enfermar, desarrollar complicaciones o fallecer durante el trabajo de parto, parto o puerperio, eventos que repercuten directamente en la salud de los fetos y los recién nacidos o pueden generar una discapacidad para su vida posterior, en especial en las regiones con mayor incidencia de defunciones maternas relacionadas con la atención en el parto y el puerperio.



1

JUSTIFICACIÓN

Las estrategias efectivas para reducir la mortalidad materna, formuladas por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y que se presentan en el marco conceptual, se encuentran enmarcadas en el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) en su Meta 5: “Reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes y lograr, para el año 2015, al acceso universal a la salud reproductiva”.

Unido a lo anterior, el énfasis en la valoración de la mujer gestante durante el proceso del nacimiento debe permitir determinar, en forma segura y oportuna, el lugar donde deberá tener lugar el parto y quién podrá o deberá ocuparse de la asistencia obstétrica. Recientemente, la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de Salud (OPS) y el Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP) han definido que la atención de la mujer gestante de bajo riesgo en proceso de parto sea realizada por partera profesional, como una estrategia para reducir los riesgos de la gestación e influir positivamente sobre la morbilidad materno fetal.

En consonancia con las acciones planteadas por la OPS, el control prenatal y la atención institucional del parto, el incremento de la capacidad del profesional de enfermería para detectar riesgos, clasificarlos, hacer diagnósticos oportunos, practicar procedimientos seguros e intervenir de manera autónoma en el manejo inicial de las situaciones de emergencia obstétrica más comunes, son intervenciones de primer orden para disminuir de manera significativa la morbilidad, la mortalidad materna, la mortalidad perinatal y prevenir las muertes evitables, mediante un proceso de mejoramiento continuo de la calidad de la prestación de los servicios obstétricos que, igualmente, garantice las mejores condiciones para el neonato, acorde con los riesgos identificados.

Por lo anterior, los profesionales de enfermería deben participar en el cuidado de la mujer durante este proceso, en consonancia con el concepto de que el nacimiento es un evento fisiológico y que la mayoría de las mujeres, con el acompañamiento y apoyo de su pareja y familia, pueden tener nacimientos con un mínimo de procedimientos e intervenciones sin poner en riesgo su seguridad ni la de su hijo.

Se enfatiza el hecho de que la gestante en proceso de parto no es un individuo cualquiera, sino una persona que se aborda desde el punto de vista holístico y particular, con requerimientos de cuidado con calidad y seguridad. Así, es necesario establecer protocolos que permitan un cuidado basado en evidencia científica durante el desarrollo de las actividades, procedimientos e intervenciones de enfermería que posibiliten salvar vidas en el proceso de atención intrahospitalaria de la mujer gestante en trabajo de parto, parto y puerperio.



2

OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Cuidar desde enfermería a la mujer gestante, para su bienestar durante el trabajo de parto, parto y puerperio, teniendo en cuenta los derechos sexuales y reproductivos, el fortalecimiento de factores protectores y la prevención de los problemas más frecuentes que se presentan durante este proceso, orientado a la satisfacción de necesidades.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Valorar desde enfermería a las gestantes en los procesos de trabajo de parto, parto y puerperio para identificar necesidades de cuidado.
- Ofrecer cuidado personalizado a la gestante durante el proceso del parto, respetando sus derechos y decisiones, con lo que se garantiza siempre su seguridad y la de su hijo.
- Ofrecer cuidado durante el puerperio a la mujer y al recién nacido para favorecer la adaptación al nuevo entorno y estimular el vínculo afectivo entre el padre, la madre y el hijo.
- Favorecer un entorno de confianza, seguridad e intimidad, respetando la privacidad, dignidad y confidencialidad de la mujer gestante, así como sus valores y creencias para que se sienta protegida y segura emocionalmente durante el trabajo de parto, parto y puerperio.
- Incorporar la participación activa de las gestantes, su pareja, familia y la red de apoyo social para que el proceso de nacimiento se convierta en una experiencia positiva.



3

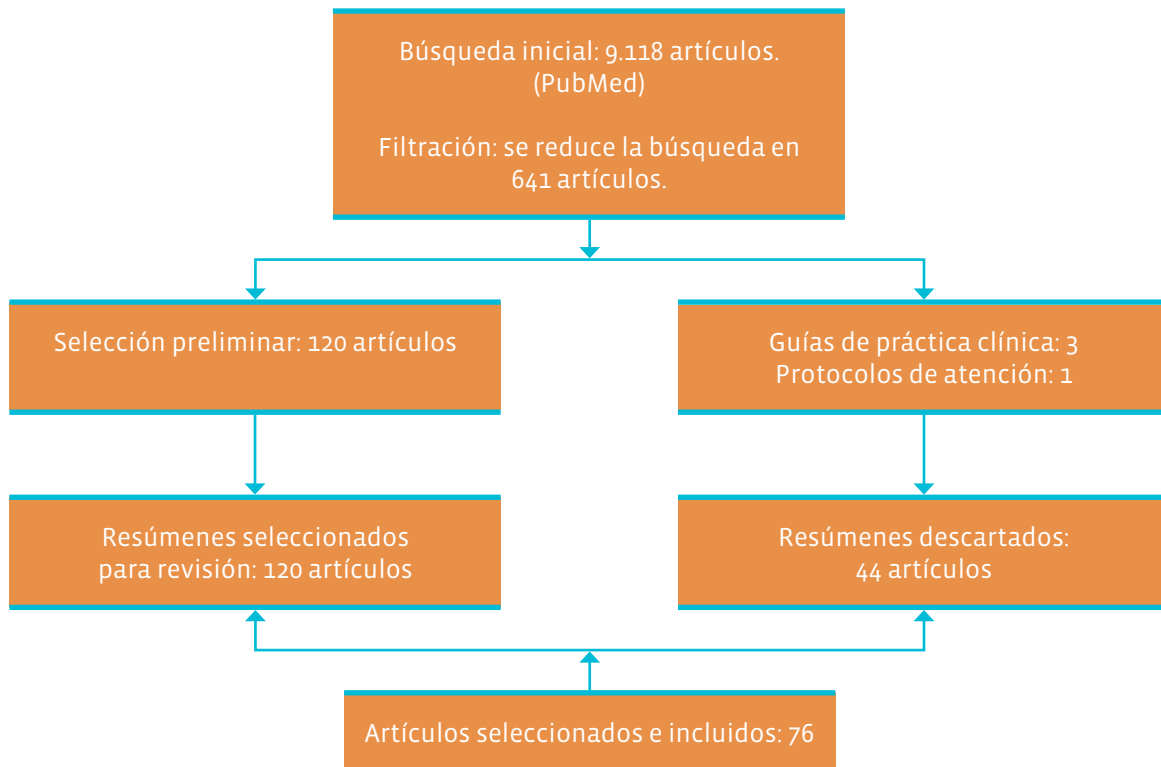
METODOLOGÍA

La metodología utilizada en la construcción de este protocolo sigue los lineamientos descritos en el marco conceptual. En las siguientes tablas se presentan las características particulares para el mismo.

Los descriptores seleccionados para el *Protocolo de enfermería para el cuidado de la salud de la mujer durante el trabajo de parto, parto y puerperio* —con base en Medical Subjects Heading (MESH) de la Biblioteca de Medicina de los Estados Unidos de Norteamérica— fueron: “Pregnant women labor”, “risk factor and women pregnant labor”, “evidence-based nursing and care”, “evidence-based nursing and midwifery”, “pregnant women and care and protocols”, “humanization of birth”, “women care postpartum and newborn”.

Se realizó un análisis cualitativo de la información ponderado por la calidad metodológica, tanto de las fuentes primarias como del soporte bibliográfico de revisiones y consensos, para elaborar las conclusiones en grados de evidencia y niveles de recomendación que soportan la presente actualización. A continuación se resume el proceso final de búsqueda y la selección de referencias:

Esquema 1. Proceso de búsqueda de evidencia científica para el Protocolo de enfermería para el cuidado de la salud de la mujer durante el trabajo de parto, parto y puerperio.



La búsqueda de evidencias científicas para sustentar la mayoría de las intervenciones de cuidado de enfermería arrojó resultados en cuanto a calidad metodológica tanto desde la investigación cuantitativa como desde la cualitativa. La producción de evidencia científica en cualquier profesión, incluida la que nos ocupa, requiere formación y habilidades específicas, pero sobre todo una actitud responsable hacia el ser y el quehacer de la disciplina y profesión. Esta actitud incluye la inquietud por hacer cada día algo mejor en el desempeño de las funciones, así como por valorar y validar los desarrollos logrados por otros profesionales para incorporarlos a la práctica, porque el conocimiento per se, sin aplicación en profesiones prácticas como la enfermería, pierde el sentido (Cabrero, 1999).

3.1 ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA

Se realizó en tres etapas: la primera consistió en buscar en PubMed guías y protocolos de práctica clínica relacionados con el tema de cuidado de la mujer gestante durante el parto. La búsqueda fue limitada a humanos y acorde con los criterios indicados antes, que estuvieran validados en el MESH. Se utilizó la expresión “nursing care and pregnant women in labor”. En esta fase también se incluyó la búsqueda de información enfocada al cuidado de la mujer con factores de riesgo durante el parto, la admisión, factores de riesgo durante el trabajo de parto y parto, cuidados del recién nacido, humanización del parto.

La segunda etapa consistió en buscar la mejor evidencia de guías y protocolos de práctica clínica en los tesauros MESH y DECS. Al haberse encontrado pocos documentos de utilidad, se procedió a buscar guías de práctica clínica en sitios web especializados: The Joanna Briggs Institute, Centro de enfermería basado en evidencia, Information package for nurses, midwives and community nurses, Nursing sites on the web, Evidence Based Nursing (Mount Sinai), Foundation of Nursing Studies, Evidence Based Midwifery Practice Guidelines, Guías Profesionales de la Salud.

En la tabla siguiente se muestra la síntesis de la revisión:

Tabla 1. Síntesis de la evidencia científica

Tema	Descriptores	Resultados de la búsqueda inicial	Resultados verificados con ampliación de filtros	Artículos seleccionados
Cuidado de la gestante en trabajo de parto	Women pregnant labor	2.484	153	14
Valoración y diagnóstico de la gestante en trabajo de parto. Cuidado de enfermería	nursing, care, labor low-risk pregnant women	4.355	210	7
Factores de riesgo para el parto	risk factor women pregnant labor	1.200	76	21
Soporte en el trabajo de parto	Support in labor Induction of labor	115	20	4
Cuidado humanizado del parto	Nursing humanizing delivery; adolescent; woman's health.	650	80	23
Cuidado a la gestante durante el nacimiento	Obstetric interventions	204	50	7
Cuidado de la mujer y el recién nacido en el puerperio	role adaptation postpartum care newborn	110	52	76
TOTAL		9.118	641	67

La tercera etapa consistió en realizar una búsqueda de revisiones sistemáticas en la biblioteca Cochrane, relacionadas con los temas del protocolo. Se obtuvieron trece (13) documentos, nueve (9) de los cuales tuvieron información relevante para la elaboración del protocolo. Una vez seleccionados los artículos con evidencia científica, se procedió a la lectura crítica y cuidadosa y a la elaboración de fichas de análisis de artículos científicos, en las que se valoró la calidad metodológica de cada uno de ellos.

3.2 RESUMEN DE RESULTADOS

En total se revisaron 120 artículos, dos (2) guías de atención y un (1) protocolo, identificados en las tres etapas de una búsqueda inicial.

Las publicaciones corresponden a países desarrollados como: Estados Unidos, Reino Unido, Japón, Brasil, África, Europa, Oriente, entre otros. Todos ellos mencionan el fenómeno de interés con la mejor evidencia. Los principales hallazgos de esta revisión fueron representados de manera esquemática en la tabla anterior.



4

CUIDADO DE LA SALUD DE LA MUJER GESTANTE DURANTE LA ADMISIÓN EN LA SALA DE TRABAJO DE PARTO

La valoración del estado de salud es el procedimiento clínico que se aplica a la mujer gestante, sujeto del cuidado, y comprende aspectos como la elaboración de la historia clínica, la valoración física con énfasis en la revisión obstétrica y vaginal, la revisión de las ayudas diagnósticas, la identificación de factores de riesgo, el establecimiento del diagnóstico y las necesidades que requieren ser satisfechas, la clasificación del riesgo del parto y la determinación de las conductas que se deben seguir.

Al iniciar la valoración de la mujer gestante para confirmar si se encuentra en proceso de parto, debe darse una cálida bienvenida y establecer una adecuada comunicación mediante técnicas que respondan a las condiciones psicológicas y físicas de la gestante, lo cual contribuye de manera decisiva a que el parto constituya para las mujeres y sus familiares una experiencia satisfactoria, como lo indica la evidencia científica (Takács y Seidlerová, 2013) (NE III2 GR B).

La información obtenida se debe compartir con el equipo de salud responsable de la atención materna, con el fin de que ayuden al logro de los objetivos asistenciales y la creación de un clima positivo y sinérgico.

Las actividades realizadas durante el proceso de admisión a la sala de trabajo de parto deben permitir establecer si la mujer gestante se encuentra en trabajo de parto fase activa o en fase latente. La fase activa se identifica por:

- a. Se presentan contracciones uterinas periódicas y regulares, percibidas por la mujer o por el observador, por lo menos durante dos horas;
- b. las contracciones tienen una frecuencia de 3 o más en 10 minutos;

- c. el cuello uterino está al menos borrado en un 50%;
- d. la dilatación es mayor o igual a 4 centímetros;

Si se encuentra en fase latente de trabajo de parto, es preciso evaluar las condiciones de accesibilidad de la mujer gestante al servicio y, en consecuencia, indicar la deambulaci3n intrahospitalaria y una nueva valoraci3n, seg3n criterio m3dico, en un per3odo no superior a tres horas. En caso contrario, se debe hospitalizar y permitirle conocer en qu3 fase del trabajo de parto se encuentra y cu3les ser3n los cambios fisiol3gicos y psicol3gicos que se van a presentar durante el proceso.

Es importante facilitar el acompa1amiento de la pareja, un familiar o de la persona que la gestante elija para que la apoye. La evidencia cient3fica muestra que el acompa1amiento por parte de la pareja, familiar o allegado es un factor que aumenta el bienestar, tiene influencia positiva en la satisfacci3n de la mujer con el proceso del parto y no interfiere con otros eventos e intervenciones o con el resultado neonatal o la lactancia (Br3ggemann, 2007) (NE II GR A).

4.1

ELABORACI3N DE LA HISTORIA CL3NICA OBST3TRICA

En la elaboraci3n de la historia cl3nica se deben tener en cuenta los siguientes puntos:

• Datos de identificaci3n

Indague acerca de nombres completos, documento de identificaci3n, domicilio, direcci3n de su casa o la de un conocido a quien se le pueda dar informaci3n en caso necesario, edad, estado civil, nivel de escolaridad alcanzado, tipo de afiliaci3n al sistema de seguridad social y el nombre de la aseguradora, edad y nivel de escolaridad alcanzado por la pareja. Explore si cuenta con el apoyo de la pareja o de la familia; ahonde en qu3 espera del proceso de parto que est3 iniciando y c3mo desear3a que fuera esta experiencia. Explique a la gestante que la informaci3n es confidencial.

• Motivo de consulta

Pregunte acerca de la raz3n para acudir al servicio de admisi3n y cu3nto hace que presenta los s3ntomas que refiere. Escriba lo referido por la mujer gestante en los t3rminos que expresa.

• Problema actual

Profundice sobre el motivo de consulta, sin abrumar a la gestante; establezca un recuento cronol3gico y los factores asociados positiva o negativamente con los s3ntomas desde su aparici3n hasta el momento de la consulta. Es importante explorar otros aspectos como la percepci3n de los movimientos fetales, salida de l3quido, moco o sangre por la vagina, si ha tenido fiebre, si ha utilizado f3rmacos, remedios caseros o plantas para disminuir los s3ntomas.

Explore sobre gestaciones anteriores y enfatice en la actual; pregunte si asisti3 a los controles prenatales, al curso de preparaci3n para la maternidad y el nivel de satisfacci3n que tiene con respecto a los conocimientos que adquiri3.

• Antecedentes personales

Pregunte sobre los factores antenatales que pueden influir sobre el desarrollo fetal, el trabajo de parto o el parto, tales como:

Antecedentes ginecológicos: Indague sobre fecha de la última menstruación; duración de sus ciclos menstruales; uso de métodos de planificación (última fecha de uso); presencia de flujo vaginal y tratamiento; número de compañeros sexuales; toma de citología y si recuerda el resultado.

Antecedentes obstétricos: Indague sobre aspectos relacionados con el número de gestaciones, partos, cesáreas, abortos; condiciones del último parto: vía de nacimiento y en caso de cesárea cuál fue la causa de esa decisión; si los partos fueron atendidos en el hospital o en el hogar; si fueron en la casa, quién la asistió; sexo de los recién nacidos, si recuerda el peso; si tiene hijos nacidos antes de tiempo, prematuros o con malformaciones; si algún hijo falleció antes de nacer o durante la primera semana de vida.

Antecedentes patológicos: Explore sobre si padece alguna enfermedad, si toma algún medicamento; si fuma, bebe o consume drogas; si ha sufrido alguna clase de violencia en su hogar o en los lugares donde labora.

Antecedentes inmunológicos: Indague si recibió la vacuna contra el tétanos (inmunización con toxoide tetánico) y el número de dosis. Si la mujer es RH (-) con antecedentes de incompatibilidad sanguínea, indagar sobre la aplicación de gammaglobulina Anti -D. Para confirmar la información, revise el carné de salud si la gestante lo trae consigo.

Con base en la información obtenida, DETERMINE:

- **Fecha probable de parto (FPP):** Al primer día de la última menstruación se le agregan siete días y se retrocede tres meses (Regla de Naegele).
- **Edad gestacional:** La medición del tiempo transcurrido desde la fecha de la última menstruación (FUM) es el método de elección para calcular la edad gestacional en las mujeres con ciclos menstruales regulares y que no hayan usado anticonceptivos hormonales los últimos tres meses. Las semanas de gestación se pueden estimar al sumar los días desde el primero de la FUM hasta la fecha de consulta y dividir por siete.
- **Período intergenésico:** Es el número de meses transcurridos entre la finalización de la última gestación y la fecha de última regla del embarazo actual.
- **Riesgo psicosocial:** Mujeres adolescentes con pobre red de apoyo, consumo de sustancias psicoactivas, mujeres con ansiedad severa, mujeres que padecen maltrato físico o psicológico.

Utilice estos parámetros para correlacionar los hallazgos que realizará durante el examen físico.

4.2

VALORACIÓN FÍSICA

Explique a la gestante las razones del procedimiento y su importancia; solicite su consentimiento, garantice la privacidad y deje que exprese sus temores. Proceder a valorar:

- **Apariencia**

Aspecto general, color de la piel, mucosas e hidratación.

- **Medidas antropométricas**

Peso, talla e índice de masa corporal (IMC). El aumento de peso durante la gestación a término normal es de alrededor de 11 kg, con un rango que se extiende desde 5 kg a 18.0 kg. Recientemente se considera el índice de masa corporal como un buen estimador para el diagnóstico, control y seguimiento del estado nutricional de la embarazada. El protocolo de cuidado a la mujer gestante establece los parámetros para registrar el IMC en la cita de inscripción al control prenatal y, con base en este, se establecen las metas de ganancia de peso durante la gestación, de acuerdo con los siguientes parámetros:

IMC $< 20 \text{ Kg/m}^2$ = ganancia entre 12 a 18 Kg

IMC entre 20 – 24.9 Kg/m^2 = ganancia entre 10 a 13 Kg

IMC entre 25 – 29.9 Kg/m^2 = ganancia entre 7 a 10 Kg

IMC $> 30 \text{ Kg/m}^2$ = ganancia entre 6 a 7 Kg

Existe una fuerte evidencia que apoya la asociación entre ganancia de peso durante la gestación y los siguientes resultados: nacimiento pretérmino, bajo peso al nacer, macrosomía, recién nacidos grandes para su edad gestacional, recién nacidos pequeños para su edad gestacional. También hay evidencia de mayores resultados adversos durante el trabajo de parto y el parto (Al-Hinai y otros, 2013; Iyoke y otros 2013) (NE III 1 GR B), (NE III 2 GR B).

Dado lo anterior, se recomienda remitir en la admisión a nivel de mayor complejidad gestantes con índice de masa corporal superior a 30 kg/m^2 (MSPS y Colciencias, 2013).

- **Toma de signos vitales**

Tenga en cuenta las siguientes indicaciones del *Programa de atención integral a las enfermedades de la infancia*, 2012, (AIEPI) del Ministerio de Salud y Protección Social:

- **Tensión arterial:** Valore la tensión arterial de la gestante en el brazo derecho y en posición sentada; cualquier elevación de la presión sistólica por encima de 140 mm Hg y diastólica por encima de 90 mm Hg se debe investigar. En este caso pregunte por signos de trastorno hipertensivo severo: cefalea en casco, alteraciones visuales, alteraciones auditivas, dolor epigástrico en barra; valore los reflejos osteotendinosos, presencia de oliguria o edema en cara, manos y piernas. En caso de encontrar alguno de estos signos y síntomas, presuma un diagnóstico de posible trastorno hipertensivo, preeclampsia o eclampsia (si la mujer convulsiona). Si cuenta con monitor de tensión arterial, tome la presión arterial media y prepare la paciente para una remisión al mayor nivel de complejidad disponible. En caso de que la mujer (en trabajo de parto o puerperio) presente una TAS $\geq 160 \text{ mmHg}$ y/o TAD $\geq 110 \text{ mmHg}$ en una toma con o sin síntomas premonitorios coordine la atención, inicie la intervención de acuerdo con lo establecido en las *Guías de atención integral de la emergencia obstétrica* (MSPS y Colciencias, 2013) y los *Diagramas de flujo para la atención de la emergencia obstétrica* (MSPS y UNFPA, 2013) para este evento y proceda a una remisión inmediata. Este es un momento crítico tanto para la vida de la mujer como para la del neonato.

- **Frecuencia cardíaca:** La taquicardia materna antes del parto hace sospechar, como primera opción, la infección en la madre con la posibilidad de infección del feto. También hay taquicardia secundaria a la anemia severa o al sangrado. Garantice el manejo de estos posibles eventos de acuerdo con lo establecido en las *Diagramas de flujo de atención integral de la emergencia obstétrica* (MSPS y UNFPA, 2013) para los casos de hemorragia o sepsis.
- **Frecuencia respiratoria:** La sensación de falta de aire y el deseo de respirar profundamente son comunes durante el embarazo y el parto. El mecanismo de la disnea fisiológica es una adaptación para disminuir la PCO₂ en sangre, con lo que aumenta el volumen de intercambio.
- **Temperatura:** Cualquier grado de temperatura por encima de 37,5°C hace sospechar infección de la mujer, con la posibilidad de obtener un producto infectado y debe investigarse siempre tanto a la mujer como al neonato. Garantice el manejo de estos posibles eventos de acuerdo con lo establecido en los *Diagramas de flujo para la atención de la emergencia obstétrica*, (2013).

4.3 VALORACIÓN OBSTÉTRICA

- Evalúe las características del abdomen a través de la inspección: integridad de la piel (estrías, cicatrices), pigmentación (línea alba), forma, tamaño, presencia de red venosa y vello.
- Mida la altura uterina, establezca la correlación con la edad gestacional que previamente determinó y con la tabla de percentiles para la edad gestacional. En gestaciones a término con feto único, la medición de la altura uterina es mínimo de 29 centímetros; en caso de obtener una medida inferior, descarte un error en la medición, restricción del crecimiento intrauterino (RCIU), oligoamnios, error de amenorrea, feto encajado y ruptura de membranas. En caso de obtener una medida de la altura uterina superior a 35 centímetros, descarte error de medición, obesidad materna, macrosomía fetal, gestación múltiple, polihidramnios y feto flotante.
- Realice la palpación abdominal mediante las maniobras de Leopold para determinar el polo fetal que ocupa el fondo uterino, la situación y la posición fetal, la presentación y el grado de encajamiento.
- Ausculte la frecuencia cardíaca fetal para confirmar la vitalidad y el grado de bienestar fetal.
- Movimientos fetales: La disminución de los movimientos fetales o el cese de los mismos suele preceder a la muerte intrauterina. En ese sentido, la evidencia científica muestra que la gestión

para obtener una mejor calidad de información respecto al valor de la “autoevaluación” de la actividad fetal existente realizada por la gestante se asocia con una reducción en las tasas de muerte fetal, y la educación influye en el comportamiento esperado de las mujeres embarazadas con respecto a la disminución del movimiento fetal (Berndl, O’Connell y McLeod, 2013) (NE IV GR B).

- Características de la actividad uterina: Evalúe mediante palpación en el fondo uterino, la duración, frecuencia e intensidad de las contracciones por un período de 10 minutos (Fescina, 2011). Tenga en cuenta las siguientes indicaciones de la estrategia de *atención integral de enfermedades la infancia 2012* (AIEPI) respecto a la percepción de las contracciones uterinas:

Durante las 30 primeras semanas de gestación el tono uterino oscila entre 3 y 8 mm Hg. Existen dos tipos de contracciones: las tipo A, de poca intensidad (2 a 4 mm Hg), confinadas a pequeñas áreas del útero. Su frecuencia es aproximadamente de una contracción por minuto; estas pequeñas contracciones no son percibidas por la mujer grávida, ni por la palpación abdominal. Las contracciones tipo B son las de Braxton-Hicks, que tienen una intensidad mayor (10-15 mm Hg) y se propagan a un área más grande del útero. Son percibidas por la palpación abdominal y la mujer grávida puede sentir las como un endurecimiento indoloro del útero. Tienen una frecuencia muy baja, que va aumentando a medida que la gestación progresa hasta llegar a una contracción por hora alrededor de la semana 30 de gestación. Se acepta que el parto comienza cuando las contracciones uterinas tienen una intensidad promedio de 28 mm Hg y una frecuencia media de tres contracciones cada 10 minutos.

• Tacto vaginal

La exploración vaginal es molesta e invasiva y para su realización se debe mantener la privacidad, dignidad y comodidad de la gestante; exige delicadeza y explicación de los cambios encontrados en el progreso del trabajo de parto. A través del tacto, valorar cambios cervicales (posición, consistencia, dilatación y borramiento); estado de las membranas; confirmar la presentación, variedad de posición; estación y valoración de la pelvis (espinas, promontorio del sacro, cóccix, paredes laterales, diámetro interespinoso, ángulo subpúbico, diámetro bituberoso).

El riesgo de infección se incrementa con el número de los tactos vaginales realizados durante la primera etapa del parto tras la ruptura prematura de membranas, y es el factor independiente más

importante para predecir una infección materna y/o neonatal. Se recomienda que las exploraciones vaginales se realicen cada cuatro horas si las membranas están íntegras y cada seis horas si las membranas están rotas. Las exploraciones vaginales antes de cuatro horas se realizarán en las mujeres con un progreso lento del parto, ante la presencia de complicaciones o si la mujer manifiesta sensación de pujos (Tveit y otros, 2009) (NE III 2 GR B). Lo anterior, según las recomendaciones que al respecto se establecen en las normas técnicas y lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS y Colciencias, 2013).

Con base en la información obtenida durante la valoración física, determine:

- Niveles de presión arterial, frecuencia cardíaca, temperatura y respiración.
- Altura uterina y su correlación con la edad gestacional que determinó previamente.
- Vitalidad fetal.
- Número de fetos.
- Presentación fetal.
- Grado de encajamiento.
- Presencia y características de la actividad uterina.
- Presencia y características de cambios cervicales.
- Presencia de descargas vaginales (líquido amniótico, sangrado, flujos, pus).
- Distocia pélvica.
- Presencia de signos de trastorno hipertensivo.
- Presencia de signos de infección.
- Presencia de signos clínicos de anemia materna.
- Presencia de signos de enfermedad sistémica o de transmisión sexual.

Con base en la información obtenida de la determinación anterior, evalúe:

- La presencia factores de riesgos maternos y/o fetales evidenciados

Con base en la evaluación anterior, tome las siguientes acciones:

- Relacione los factores de riesgo identificados durante la valoración física, con los hallazgos del interrogatorio y la evaluación de las ayudas diagnósticas.
- Identifique la totalidad de los riesgos.
- Establezca los diagnósticos.
- Clasifique el riesgo para el parto.
- Determine las conductas que se deben seguir.

4.4

REVISIÓN DE AYUDAS DIAGNÓSTICAS

Evalúe las ayudas diagnósticas (exámenes de laboratorio, ecografías y monitorias fetales) que trae la gestante desde el control prenatal y registre claramente en la historia de admisión el resultado, especialmente los de fecha más reciente. Es importante verificar la existencia de los siguientes exámenes de laboratorio:

• Hemoclasificación

Durante la gestación, definir el grupo sanguíneo y el Rh materno. Existen patologías como la isoimmunización Rh, que provoca en el feto ascitis, edemas, hidropesía fetal o hidrops y muerte intrauterina, y en el recién nacido, anemia, edemas, ictericia severa, kernicterus, derrame pleural, insuficiencia cardíaca y muerte.

• Hemoglobina

El feto depende de la sangre de la madre para suplir sus demandas de oxígeno y nutrientes. Se considera anémica a la gestante si la concentración de hemoglobina durante el primer y tercer trimestre de gestación es inferior a 11.0 g/l a nivel del mar. La anemia por deficiencia de hierro en la mujer gestante es causa de mortalidad materna y perinatal; también está altamente asociada a prematuridad y bajo peso al nacer. Por esas razones, las intervenciones dirigidas a prevenir la anemia por deficiencia de hierro en la gestación incluyen suplemento de hierro y ácido fólico a diario (World Health Organization, 2012) (NE IV GRA). De acuerdo

con la norma técnica para la atención de la gestante (Resolución 412), se deberá formular suplemento de sulfato ferroso en dosis de 60 mg de hierro elemental/día y un miligramo día de ácido fólico durante toda la gestación y hasta el sexto mes de lactancia. Además, se debe formular calcio durante la gestación, hasta completar una ingesta mínima diaria de 1.200-1.500 mg y brindar educación sobre la nutrición, el control de las infecciones parasitarias y la mejora en el saneamiento.

• Coombs indirecto (si la mujer es RH negativa)

El diagnóstico de la isoimmunización se basa en determinar el factor Rh a principios de la gestación y en la realización de la prueba de Coombs indirecta en las mujeres Rh negativas, ya que permite establecer si ellas ya poseen anticuerpos anti-Rh. La titulación periódica de esta prueba a lo largo de toda la gestación permite observar los cambios en el nivel de anticuerpos. Si la prueba de Coombs indirecto es positiva, la gestante debe ser remitida para su atención en nivel de mayor complejidad (MSPS y Colciencias, 2013).

• Serología para sífilis

La sífilis se transmite de la mujer al niño durante el desarrollo fetal o al nacer; casi la mitad de los niños infectados con sífilis *in útero* mueren poco antes o después del nacimiento. La estrategia principal para la eliminación de la sífilis congénita es la detección y tratamiento obligatorio de los casos durante la gestación. La serología (VDRL o RPR) debe realizarse antes de la semana 12 y repetirse en el último trimestre y al momento del parto; de esta manera se contribuye a la eliminación de la transmisión vertical de la sífilis y se apoya directamente a la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio 4, 5 y 6, en relación con reducir la mortalidad infantil, mejorar la salud materna y la prevención primaria del VIH (Newman y otros, 2013) (NE III 2 GR B). Toda gestante en trabajo de parto con sífilis que no recibió tratamiento, o este fue inadecuado, debe ser remitida a nivel de mayor complejidad (MSPS y Colciencias, 2013).

• Serología para VIH

La infección por VIH es transmitida de la mujer al neonato hasta en un 35% de los casos si no se suministra tratamiento. El uso de antirretrovirales reduce significativamente la transmisión de la infección por el VIH de la mujer a su hijo, junto con otras intervenciones como la cesárea electiva y el uso de fórmula láctea en todos los recién nacidos expuestos. En esos casos se ha demostrado reducción de la transmisión por debajo del 2%.

Debe ofrecerse la prueba de VIH a toda mujer embarazada en el primer control, idealmente en el primer trimestre, previa asesoría. En caso de no aceptación, la respuesta debe quedar consignada en la historia clínica. De igual forma que para sífilis, la mujer puede infectarse durante el resto de la gestación y una segunda prueba en el tercer trimestre sería ideal (Landes y otros, 2007) (NE III 3 GR B). Al ingreso a la sala de admisión, verificar la existencia de esas pruebas; en caso negativo,

solicitarlas inmediatamente como pruebas rápidas que deben ser reportadas por el laboratorio antes de media hora. Las gestantes portadoras de VIH identificadas desde el control prenatal y aquellas en quienes la prueba rápida es positiva deben ser remitidas a nivel de mayor complejidad (MSPS y Colciencias, 2013, p.57).

• Glicemia y pruebas de carga para carbohidratos

La hiperglicemia y el aumento inadecuado de peso durante la gestación se asocia con resultados adversos para el feto y recién nacido. Además, se incrementa la posibilidad de hipoglicemia neonatal, macrosomía y anomalías congénitas. La diabetes gestacional puede ocurrir aun cuando no se presenten síntomas o factores de riesgo. En el contexto de la epidemia de obesidad actual, se reitera la importancia de centrar el peso corporal saludable en mujeres jóvenes como una estrategia para reducir el riesgo de macrosomía fetal. Por otra parte, esos resultados sugieren que en el cuidado de las mujeres con sobrepeso u obesidad en la gestación se justifica un seguimiento más estrecho de aumento de peso durante esta etapa (Retnakaran y otros, 2012) (NE III 1 GR B). Toda gestante con diagnóstico de diabetes gestacional debe ser remitida a nivel de mayor complejidad (MSPS y Colciencias, 2013).

• Parcial de orina y urocultivo

La infección de tracto urinario es una complicación común durante la gestación. La bacteriuria asintomática ocurre en 2 a 10% de las gestantes y, si no se trata, más del 30% de ellas pueden desarrollar pielonefritis y desencadenar una serie de complicaciones como hipertensión, preeclampsia y posiblemente muerte materna o fetal. La bacteriuria durante el embarazo está fuertemente asociada con prematuridad, bajo peso al nacer, sepsis y choque. La evidencia científica muestra una reducción significativa de la bacteriuria sintomática en gestantes con una alta tasa de asistencia a la clínica y

que recibieron una dosis diaria de nitrofurantoína y estrecha vigilancia, actividades donde el profesional de enfermería tiene un importante rol para estimular a la mujer a la adherencia al tratamiento y a los controles (Schneeberger y otros, 2012) (NE I GR B).

• Frotis vaginal

Cada vez hay más evidencia de que la infección genital durante la gestación aumentan el riesgo de infección del tracto urinario, lo que es un importante factor de riesgo para el nacimiento prematuro y la principal causa de muerte neonatal. Esto demuestra claramente la importancia del diagnóstico precoz y el tratamiento adecuado de la secreción vaginal para reducir la mortalidad infantil (Fonseca, y otros, 2013) (NE III 2 GR B).

• Antígenos para hepatitis B

Si la prueba de detección para hepatitis B es negativa, puede vacunarse a la mujer durante la gestación. Si la mujer presenta títulos positivos, el neonato debe ser vacunado dentro de las primeras doce horas.

• Pruebas séricas para toxoplasmosis

Son indispensables para conocer el estado serológico materno y el riesgo del feto de padecer la enfermedad y poder hacer tratamiento y seguimiento adecuado durante toda la gestación (Chintapalli y Padmaja, 2013) (NE III 1 GR A). Si existe sospecha de toxoplasmosis fetal o la gestante está recibiendo tratamiento, debe remitir para su atención en nivel de mayor complejidad (MSPS y Colciencias, 2013).

• Ecografías

Se recomienda una ecografía en el primer trimestre del embarazo, porque permite la detección temprana de los embarazos múltiples y la determinación de la edad gestacional (Whitworth y otros, 2010), lo que puede dar lugar a menos inducciones por postmadurez. Si con la ecografía se diagnóstica oligo/polihidramnios, feto pequeño para la edad gestacional, distocias de presentación (presentación de pelvis o situación transversa), embarazo múltiple, macrosomía fetal o placenta previa, la gestante debe ser remitida a nivel de mayor complejidad (MSPS y Colciencias, 2013).

De acuerdo con los hallazgos en los exámenes, determine:

- No existencia de exámenes de laboratorio.
- Exámenes de laboratorio incompletos.
- Exámenes de laboratorio necesarios.

De acuerdo con los hallazgos en las ayudas diagnósticas, evalúe:

- La presencia factores de riesgos.
- Establezca los diagnósticos.
- Clasifique el riesgo para el parto.
- Determine las conductas que se deben seguir.

De acuerdo con la evaluación en las ayudas diagnósticas, tome las siguientes acciones:

- Si no existen exámenes de laboratorio, solicite de manera urgente hemoglobina, grupo sanguíneo y Rh, serología para sífilis y VIH.
- Si los exámenes de laboratorio están incompletos, solicite de forma urgente los faltantes, si son indispensables para definir la conducta.
- Si son necesarios exámenes de laboratorio para aclarar factores de riesgo y establecer diagnósticos, solicítelos de manera urgente, de acuerdo con el protocolo institucional para este proceso.

4.5

IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO

Determine los factores de riesgo identificados durante el interrogatorio, la valoración física, la valoración psicosocial y la revisión de las ayudas diagnósticas, e incluya los que deberían haber sido identificados desde la atención prenatal.

4.5.1 Factores de riesgos biológicos

- **Primigestante (menor de 15 años) y primigestante (mayor de 38 años)**

Se ha demostrado en estos grupos de edad una mayor morbilidad y mortalidad materna y perinatal, por lo que se recomienda que sean remitidas para su atención en un nivel de máxima complejidad (MSPS y UNFPA, 2013). La evidencia muestra que las mujeres adolescentes mayores de 15 años tienen menos probabilidades de tener complicaciones en la gestación y el parto, frente a las mujeres mayores, pero son más propensas a tener un número insuficiente de controles prenatales y a tener una ganancia inadecuada de peso, en comparación con las mujeres mayores (Wang, Wang y Lee, 2012) (NE III 2 GR B).

- **Gran múltipara (más de cuatro partos)**

Las multigestantes (cuatro o más gestaciones) son consideradas de alto riesgo y con mayor probabilidad de morbilidad y mortalidad materna y

perinatal (Yadav y Lee, 2013) (NE III 2 GR B). Se recomienda que el parto sea atendido en un nivel de alta complejidad, excepto si en la admisión se confirma que está en fase expulsiva, caso en el cual se debe prestar vigilancia constante al período intra-parto y el puerperio, por el riesgo alto de hemorragia posparto.

- **Edad gestacional no confiable o no confirmada**

Dificulta la toma de decisiones y la adopción de conductas acordes con la edad gestacional real. Si se presenta el parto y se sospecha edad gestacional menor de 37 semanas, se debe remitir a nivel de mayor complejidad.

- **Ausencia de control prenatal**

El control prenatal representa una oportunidad para incrementar el acceso a un parto en condiciones seguras, en un ambiente de atención obstétrica

y neonatal institucional calificada. Se reportan menos complicaciones durante la gestación y el parto cuando hay un adecuado control prenatal. Se reduce la frecuencia de preclampsia, infección del tracto urinario, anemia postparto y mortalidad materna, así como peso bajo al nacer (Kassar y otros, 2013) (NE III 2, GR A). Si la evaluación clínica no corresponde con gestación a término, sin otros factores de riesgo, se recomienda remisión a nivel de mayor complejidad (MSPS y Colciencias, 2013).

• Periodo intergenésico

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda un intervalo mínimo de 33 meses entre dos nacimientos consecutivos con el fin de reducir el riesgo de resultados adversos maternos y neonatales.

• Fiebre

Durante la gestación, la fiebre puede ser producida por virosis, infecciones bacterianas —principalmente del tracto genitourinario—, paludismo o por enfermedades de transmisión sexual. Se considera fiebre materna en el trabajo de parto la temperatura mayor o igual a 38,0 °C una vez o mayor o igual a 37,5 °C en dos ocasiones, con dos horas de diferencia entre tomas (MSPS y Colciencias, 2013). Se recomienda documentar los hallazgos mediante la toma de hemograma tanto a la madre como al recién nacido para descartar infección.

• Hipertensión arterial

La presión sistólica y diastólica desciende en la primera mitad de la gestación en 5 a 10 mm Hg. Hacia el final de la gestación alcanza los valores pregrávidicos. Todo ascenso de la presión sistólica por encima de 140 mm Hg y/o de la diastólica por arriba de 90 mm Hg debe ser investigado y corregido. Todo ascenso de 20 mm Hg o más en los controles debe también investigarse. Cuando los valores de la presión sistólica y diastólica están por debajo de 95 y 55 mm Hg respectivamente, también pueden presentarse complicaciones fetales (Libro clínico

estrategia AEIPI, 2012). La evidencia científica muestra que la elevación de la presión arterial durante el embarazo es un factor de riesgo importante para el bajo peso al nacer y este riesgo se podría predecir solo con el uso del parámetro tensional, con una sensibilidad y una especificidad del 70% para cada uno de estos indicadores. Se recomienda remisión inmediata a nivel de máxima complejidad, previa estabilización de toda gestante con trastorno hipertensivo (MSPS y UNFPA, 2013) (NE III 2 GR A).

• Enfermedad hipertensiva, preclampsia o eclampsia

La visión borrosa, las convulsiones, la cefalea intensa y la pérdida de conciencia durante la gestación son generalmente secundarias a enfermedad hipertensiva, preclampsia o eclampsia. Se clasifica como preclampsia a un síndrome de aparición exclusiva durante la gestación, generalmente después de la semana 20, caracterizado por hipertensión, edema y proteinuria. Si se asocia con convulsiones o coma, se denomina eclampsia (Lisonkova y Joseph, 2013) (NE III 2 GR A). Estas gestantes son de alto riesgo y deben ser remitidas a una institución de salud de alta complejidad, previo manejo inicial para estabilizar (MSPS y Colciencias, 2013; MSPS y UNFPA, 2013).

• Edema o anasarca

La primera manifestación sugestiva de trastorno hipertensivo de la gestación es un exagerado aumento de peso, mayor de 2 kg por mes. Durante el último trimestre, debido a la retención anormal de agua, aparece edema de los miembros inferiores o de los párpados. En las primigrávidas, la velocidad excesiva de aumento de peso constituye un rasgo característico de preeclampsia gravídica (MSPS y UNFPA, 2013). Se recomienda hacer vigilancia estricta de la presión arterial.

• Disnea

Puede estar asociada a enfermedad cardíaca, por lo que se recomienda valoración ginecológica.

- **Altura uterina mayor a 35 cm en gestación a término**

Puede estar asociada con macrosomía fetal, embarazo múltiple o polihidramnios; en cualquiera de estos casos se recomienda remisión a nivel de mayor complejidad.

- **Altura uterina menor a 29 cm en gestación a término**

Puede estar asociada a RCIU, oligoamnios o error en la amenorrea; en cualquiera de estos casos se recomienda remisión a nivel de mayor complejidad.

- **Embarazo múltiple**

Desarrollo simultáneo de varios fetos. Toda gestación múltiple debe ser considerada como de alto riesgo, ya que la mortalidad perinatal es cuatro veces mayor que en las gestaciones únicas. La incidencia de retraso en el desarrollo físico y mental y de parálisis cerebral también está aumentada (Berglund y otros, 2010) (NE III 2 GR B). Se recomienda remisión a nivel de mayor complejidad.

- **Taquicardia o bradicardia fetal**

La elevación de la frecuencia cardíaca fetal por encima de 160 latidos por minuto se denomina taquicardia y la disminución por debajo de 110 latidos por minuto con variabilidad conservada se conoce como bradicardia. Estas dos alteraciones de la frecuencia cardíaca fetal están asociadas con compromiso del bienestar fetal. Se recomienda remisión a nivel de mayor complejidad (MSPS y Colciencias, 2013).

- **Distocia de presentación**

La presentación es la parte fetal que toma contacto con el estrecho superior de la pelvis materna, ocupándolo en gran parte. Puede evolucionar por sí misma para dar lugar al mecanismo de parto. La única presentación normal es la cefálica; cualquier otra parte fetal (pies, rodillas, nalgas, brazo, hombro, espalda, cara) que ocupe la pelvis lleva consigo

un riesgo para la vida de la mujer y del bebé durante el trabajo de parto. La evidencia científica indica observar si al ingreso de la gestante están presentes alguna de las siguientes características, asociadas con distocia durante el parto:

- dilatación del cuello uterino menor a 4 cm;
- adelgazamiento del segmento uterino;
- presentación no encajada que dificulta el contacto de la cabeza con el cérvix (Kjærgaard y otros, 2008) (NE III 1 GR A).

En caso de distocia de la presentación, se debe remitir a la gestante a instituciones de alta complejidad para la atención del parto.

- **Desproporción céfalo-pélvico**

Su diagnóstico se basa en la historia clínica obstétrica, la evaluación clínica de la talla materna, la altura uterina, el cálculo del peso fetal y la progresión anormal del trabajo de parto. Por el riesgo de sufrimiento fetal y mayor morbilidad, las gestantes con estas condiciones deben ser remitidas a instituciones de mayor complejidad para atención del parto por cesárea (MSPS y Colciencias, 2013).

- **Prolapso de cordón**

Se diagnostica cuando el cordón umbilical antecede a la presentación, situación que requiere valoración urgente del bienestar fetal y remisión al nivel de mayor complejidad más cercano, en compañía de personal de salud.

- **Infecciones de transmisión sexual (ITS)**

Son producidas por múltiples agentes que ocasionan lesiones locales —en el aparato genital (uretritis, vulvovaginitis, entre otros), en la región inguinal (granuloma, chancro, condilomas), en la cavidad pelviana (enfermedad pélvica inflamatoria) o en todo el organismo, como sífilis, hepatitis B y VIH/SIDA (Landes y otros, 2007) (NE III 2 GR B). En toda gestante con ITS, en trabajo de parto y que no tenga tratamiento, debe iniciarse tal tratamiento,

al igual que en la pareja, y continuar en seguimiento. Se hará énfasis en anticoncepción y medidas de prevención para reinfecciones.

• Sangrado genital

Si está presente, evaluar sus características: cantidad, color, número de episodios, posible origen; determinar la vitalidad fetal y el compromiso hemodinámico materno, estabilizar y remitir a nivel de mayor complejidad.

• Ruptura de membranas (RPM)

La salida de líquido vaginal, cuando el desarrollo del parto es normal, se produce en el momento en que las membranas se rompen al final del periodo de dilatación. La ruptura prematura de membranas ovulares (RPMO) tiene lugar después de las 20 semanas de gestación y antes del comienzo del trabajo de parto; si este no se inicia antes de doce horas, puede sobrevenir una infección ascendente de la cavidad ovular y el recién nacido tiene alto riesgo de una sepsis temprana. Durante el parto, después de la ruptura de las membranas, la evidencia científica muestra una asociación significativa entre el número de exámenes del cuello uterino y el riesgo de parto (Cahill, 2012) (NE III 1 GR B). Por ello, se recomienda realizar solo los tactos necesarios para el diagnóstico de la evolución del trabajo de parto y vigilar a las gestantes para detectar signos de corioamnionitis clínica: temperatura mayor de 37,8°C y al menos uno de los siguientes criterios: taquicardia materna o fetal, dolor uterino, líquido amniótico purulento o leucocitosis (MSPS y Colciencias, 2013). El profesional de enfermería debe comprender, con base en la evidencia disponible, que en gestaciones complicadas con rotura prematura de membranas la conducta que se debe seguir dependerá de la edad gestacional (Al-Mandeel, Alhindi y Sauve, 2013) (NE1 GR A). Toda gestante con RPM, con signos de infección o edad gestacional menor a 37 semanas debe ser remitida a nivel de mayor complejidad.

• Líquido amniótico meconiado

La presencia de meconio asociada a cambios en la frecuencia cardíaca fetal, como pérdida de variabilidad asociada a bradicardia sostenida, desaceleraciones tardías y variables severas recurrentes, se relaciona con estados fetales no tranquilizantes y neonatos con un resultado bajo en el test de Apgar. En estos casos, se recomienda remitir a nivel de mayor complejidad (MSPS y Colciencias, 2013).

• Anemia

Se define como anemia en la gestante la concentración de hemoglobina menor de 11g/dl. Una revisión sistemática y un metaanálisis realizados en Tailandia para evaluar los efectos de la concentración de hemoglobina en los resultados del embarazo según trimestres, sugiere que la concentración de hemoglobina inferior a 11 mg/dl se asocia con mayor riesgo de resultados adversos, tanto en el primero como en el tercer trimestre. El riesgo de parto prematuro, bajo peso al nacer y niños pequeños para la edad gestacional es mayor en gestantes con una hemoglobina por debajo de 10 y 11 mg/dl en el primer trimestre, y en el tercer trimestre. La hemoglobina mayor o igual a 14 g/dl no aumenta el riesgo en ningún trimestre de la gestación, por el contrario, reduce el riesgo de parto prematuro en un 50% (Sukrat y otros, 2013) (NE I GR B). Se recomienda que toda gestante llegue al parto con una hemoglobina por encima de 11mg/dl; en caso contrario debe ser remitida a nivel de mayor complejidad (MSPS y Colciencias, 2013).

• Antecedente de cirugía uterina

La ruptura uterina es uno de los problemas más graves en la práctica obstétrica. Son factores de riesgo las cirugías uterinas previas (cesárea previa, miomectomía); por tanto, las gestantes con este antecedente deben ser remitidas para su atención por médico ginecoobstetra en nivel de mediana complejidad (MSPS y Colciencias, 2013).

- **Historia de enfermedad sistémica**

Cualquier enfermedad sistémica que afecte a la gestante —como trastornos hipertensivos, diabetes, trastornos endocrinos, inmunológicos e infecciosos— puede tener repercusiones en el feto. Específicamente, en gestantes con diabetes gestacional, la evidencia científica muestra que tienen un alto riesgo de desarrollar diabetes tipo 2 en los meses posteriores al parto; se les recomienda adoptar comportamientos específicos de salud (hábitos dietéticos, actividad física), especialmente durante el período posparto. En consecuencia, el profesional de enfermería debe realizar intervenciones basadas en diferentes estrategias cognitivas y conductuales potencialmente eficaces para aumentar las conductas promotoras de salud entre las mujeres GDM después del parto (Kaiser, Razurel y Jeannot, 2013) (NE III 2 GR A). Se recomienda que las gestantes con enfermedad sistémica sean remitidas para la atención del parto en nivel de mayor complejidad (MSPS y Colciencias, 2013).

- **Ausencia de inmunización con toxoide tetánico**

La estrategia principal del programa de eliminación del tétanos neonatal es la inmunización de las mujeres en edad fértil con toxoide tetánico. Esta estrategia evita que tanto la mujer como el neonato contraigan la enfermedad. Si la mujer no ha sido completamente inmunizada, debe recibir toxoide tetánico durante la gestación para completar las cinco dosis que confieren inmunidad de por vida; con tres dosis de toxoide tetánico se puede lograr inmunidad de por lo menos cinco años, administradas con intervalo mínimo de cuatro semanas las dos primeras dosis y un refuerzo a los seis meses de la segunda dosis. Solamente se revacuna una mujer gestante, si la última dosis tiene más de 10 años (Centers for Disease Control and Prevention, 2011) (NE II 2, GR A). Se recomienda establecer el estado de inmunización materna al ingreso.

4.5.2. Factores de riesgos psicosociales

- **Evidencias de maltrato o violencia intrafamiliar**

La violencia disminuye la motivación, la moral, causa lesiones físicas y psicológicas, depresión y estrés postraumático. Durante la gestación, los agredidos son dos: la mujer y su hijo por nacer. Los resultados de un estudio transversal realizado en Rio de Janeiro con 8.961 mujeres gestantes, pone de relieve la mayor probabilidad de mortalidad neonatal y postneonatal entre los hijos de las víctimas de abuso físico durante la gestación. También indica la importancia de la atención prenatal para identificar a las mujeres en mayor riesgo de sufrir agresión y el momento adecuado para establecer medidas de protección y cuidado para la mujer y el bebé (Viellas y otros, 2013). Se recomienda evaluar el riesgo de maltrato y violencia intrafamiliar durante toda la gestación y al ingreso a trabajo de parto (NE III 2, GR B).

- **Dificultades para el acceso a los servicios de salud**

Un estudio realizado en seis ciudades de Colombia (Vargas y Molina, 2009) —Barranquilla, Bucaramanga, Bogotá, Leticia, Medellín y Pasto— (NE III, GR B), relacionado con las características de acceso a los servicios de salud, los aspectos que lo favorecen o lo limitan, sus consecuencias y las acciones de la población para obtener el derecho constitucional a la salud desde las apreciaciones de profesionales de medicina, enfermería, administradores y usuarios del sistema, evidencia que el aseguramiento no es garantía de acceso efectivo a los servicios de salud; por tanto, el profesional de enfermería debe promover acciones efectivas que faciliten el acceso de la gestante a los servicios de maternidad segura.

• Farmacodependencia

La ingesta diaria de alcohol (dos bebidas preparadas o cocteles, dos latas de cerveza o dos copas de vino) puede ser teratogénica y producir el síndrome de alcohol fetal, el cual se caracteriza por alteraciones de la función cerebral, retardo en el crecimiento o alteraciones faciales externas. Es desconocida la dosis mínima necesaria que provoca el daño fetal, por lo que la ingesta de alcohol debe ser proscrita durante la gestación. El consumo de alcohol antes de la gestación y la exposición de la gestante al abuso o violencia, se asocian consistentemente con beber durante la gestación. Tanto los proveedores de atención prenatal como los profesionales de enfermería deben evaluar estos factores para mejorar la detección de mujeres en riesgo de exponerse a los efectos del alcohol (Skagerström, Chang y Nielsen, 2011) (NE I, GRA). Así mismo, se debe llevar un programa con las mujeres en esta condición y educar a la población sobre los efectos del alcohol, como lo establece la legislación colombiana (Ley 1385 de 2010).

• Tabaquismo

El tabaquismo materno, al igual que la exposición al humo del tabaco, se asocia fuertemente con bajo peso al nacer, retardo del crecimiento intrauterino y síndrome de muerte súbita. También ha quedado

demostrado que el tabaquismo materno origina un aumento de abortos espontáneos, nacimientos prematuros, bajo peso al nacer y mayor número de complicaciones durante la gestación y el parto. No hay un consenso sobre la cantidad mínima segura de tabaco; la recomendación es evitar su consumo (Lumley y otros, 2009) (NE I GRA).

• Sustancias psicoactivas

La ingesta de heroína y otros opiáceos, incluyendo la metadona, puede provocar un síndrome de abstinencia grave en el bebé, que puede durar de cuatro a seis meses. Es posible que se presenten convulsiones en los hijos de mujeres consumidoras de metadona. El uso de anfetaminas se asocia con peso bajo al nacer y nacimiento prematuro y también con hemorragia intracraneal. El uso de cocaína está relacionado con un mayor riesgo de síndrome de muerte súbita del lactante. El consumo de marihuana está vinculado con retardo del crecimiento intrauterino. A largo plazo los niños expuestos a drogas en el período prenatal tienen un riesgo incrementado de déficit cognoscitivo y menor cociente intelectual. Se recomienda que toda gestante identificada con abuso de sustancias debe ser remitida a nivel de mayor complejidad (MSPS y Colciencias, 2013).

4.6

ESTABLECIMIENTO DEL DIAGNÓSTICO Y LAS NECESIDADES QUE REQUIEREN SER SATISFECHAS

Con base en los problemas de salud identificados en la valoración de la mujer gestante, establezca el diagnóstico obstétrico:

- **Fórmula gestacional**

Cuántas gestaciones ha tenido, incluyendo la actual, sin importar si terminó en parto, cesárea o aborto; cuántos partos, cuántas cesáreas, cuántos abortos, cuántos fetos vivos, cuántos mortinatos, gestaciones ectópicas o molares.

- **Edad gestacional**

Acorde con la valoración previa, especifique el método de cálculo: FUR segura y confiable, ecografía temprana o por clínica (altura uterina y los hallazgos al tacto vaginal).

- **Diagnóstico fetal**

Número de fetos, vitalidad, presentación.

- **Diagnóstico de trabajo de parto**

Determine si es un trabajo de parto en fase latente o en fase activa.

- **Diagnóstico patológico**

Según factores de riesgo y signos y síntomas identificados durante la valoración realizada.

- **Necesidades**

Las necesidades de la gestante deben ser satisfechas, no sólo desde el punto de vista fisiológico, sino también psicológico, social y cultural. Establezca qué desea conocer ella y explíquelo. Es importante tener en cuenta sus creencias y prácticas culturales relacionadas con el parto y, en caso necesario, reacomodarlas.

4.7

CLASIFICACIÓN DEL RIESGO DEL PARTO Y CONDUCTAS QUE SE DEBEN SEGUIR

Los profesionales que laboran en salas de atención de gestantes en el nivel básico, deben identificar si las pacientes tienen riesgo potencial o real y remitirlas a los niveles de mayor complejidad según presencia de riesgo. En Colombia el modelo de prestación de servicios se desarrolla por niveles de complejidad mediante el uso de los sistemas de referencia y contrarreferencia de las gestantes, acorde con la clasificación de los riesgos maternos y las implicaciones para el feto. La oportunidad y la calidad de tal referencia influye en las posibilidades de sobrevivida y muerte de la mujer y el feto, razón por la cual debe ajustarse a criterios de evidencia y seguridad en la atención.

La clasificación del riesgo de la mujer en trabajo de parto debe ser expedita, basada en lo identificado en la valoración que pueda afectar la salud materna o fetal y los diagnósticos establecidos. El profesional de enfermería en el momento de la consulta de admisión, clasificará el riesgo del parto como: a) parto de muy alto riesgo; b) parto de alto riesgo; c) parto de bajo riesgo, normal o eutócico.

4.7.1. Parto de muy alto riesgo

Las gestantes definidas de riesgo son aquellas que presentan cuadros clínicos con signos y síntomas de enfermedades específicas o disfunción orgánica, asociadas ambas a morbilidad materna extrema (MME). La MME se define como “una complicación grave que ocurre durante la gestación, parto y puerperio, que pone en riesgo la vida de la mujer y requiere de una atención inmediata con el fin de evitar la muerte” (MSPS y UNFPA, 2010). También se catalogan como de muy alto riesgo las mujeres cuya edad gestacional o factores de riesgo asociados se relacionan con neonatos inmaduros que requieren el mejor cuidado especializado. Los dos grupos de gestantes deben ser remitidas a instituciones de salud de máxima complejidad.

- De acuerdo con el *Modelo de vigilancia de la morbilidad extrema materna*, MVMME (MSPS y UNFPA, 2010), se considera como caso toda gestante sobreviviente que durante el embarazo, parto o puerperio presente uno o más de los criterios que siguen en las tres clasificaciones que aparecen a continuación:

Relacionados con signos y síntomas de enfermedad específica:

- Eclampsia.
- Choque séptico.
- Choque hipovolémico.

Relacionados con falla o disfunción orgánica:

- Cardíaca: paro cardíaco; edema pulmonar.
- Vascular: ausencia de pulsos periféricos o hipotensión por 30 minutos o más asociada a choque de cualquier etiología (séptico o hipovolémico).
- Renal: deterioro agudo de la función renal.
- Hepática: alteración de la función hepática, que se documenta con ictericia de piel y escleras.

- Metabólica: comorbilidades adjuntas como la cetoacidosis diabética; crisis tiroidea.
- Cerebral: coma, convulsiones, confusión, desorientación en persona, espacio y tiempo, signos de focalización.
- Respiratoria: síndrome de dificultad respiratoria del adulto.
- Coagulación: criterios de CID, trombocitopenia (<100000 plaquetas) o evidencia de hemólisis ($LDH > 600$).

Relacionados con el manejo instaurado a la paciente

- Ingreso a UCI.
- Cirugía.
- Transfusión sanguínea aguda.
- Gestantes cuya edad gestacional y/o factores de riesgo asociados se relacionan con neonatos inmaduros que requieren el mejor cuidado especializado. Dentro de estos criterios tenemos:
 - Edad de la mujer inferior a 15 años (MSPS y UNFPA, 2013): toda adolescente menor de 15 años deberá ser atendida en una institución de la más alta complejidad disponible en el área de influencia, entendiendo por esto que al menos debe ser una de mediana complejidad. Las adolescentes mayores de 15 años serán atendidas en un nivel de atención de acuerdo con las condiciones de riesgo evaluadas desde la atención prenatal por el médico especialista o al momento de la admisión.
 - Edad gestacional menor a 34 semanas por amenorrea o ecografía.
 - Ruptura prematura de membranas y embarazo menor a 34 semanas.
 - Ruptura prematura de membranas con signos de infección independiente de la edad gestacional.

- *Mujer gestante con embarazo múltiple menor de 37 semanas.*
- *Mujer gestante con trastornos hipertensivos: hipertensión gestacional, preeclampsia no complicada, preeclampsia severa.*
- *Mujer gestante con diabetes gestacional o insulino dependiente sin importar edad gestacional.*
- *Mujer gestante con cardiopatía, descompensada o no, sin importar edad gestacional.*
- *Mujer gestante con nefropatía, enfermedades autoinmunes, trastornos de la coagulación, enfermedades del colágeno independiente de su edad gestacional.*
- *Mujer gestante con pielonefritis en menores de 37 semanas.*
- *Mujer gestante con toxoplasmosis.*
- *Mujer gestante con inmunosupresión.*
- *Convulsiones.*
- *Mujer gestante con trastornos psiquiátricos.*

Como se mencionó, las mujeres gestantes con clasificación de parto con muy alto riesgo en el control prenatal o al momento del ingreso a la institución deben ser identificadas rápidamente, valoradas, estabilizadas y remitidas al nivel de máxima complejidad. Si la mujer gestante presenta un trastorno hipertensivo con uno o más criterios de severidad, las GAI (MSPS y Colciencias, 2013) y los *Diagramas de Flujo* (MSPS y UNFPA, 2013) definen el siguiente manejo:

Tensión arterial sistólica (TAS) ≥ 160 mmHg o diastólica (TAD) ≥ 110 mmHg y presencia de signos premonitorios: Cefalea global o en “casco”, fosfenos o visión borrosa, tinnitus; epigastralgia irradiada a

hipocondrio derecho; clonus; oliguria (0,5 cc/kg/h en 6 horas).

- Asegure dos accesos venosos con catéter 16 o 18.
- Si se dispone de oximetría de pulso, proporcione oxígeno suplementario para alcanzar saturación mayor a 95. Si no se dispone, entonces administre oxígeno por cánula nasal a 3Lt/ minuto. Continúelo durante el transporte en ambulancia.
- Inicie sulfato de magnesio ampolla de 10 mililitros al 20% (2 g). En impregnación 2 ampollas (4 g) diluidas en 100 centímetros de solución salina normal 0.9% y pase en 20 minutos. Deje un goteo de mantenimiento de 4 ampollas en 500 centímetros de SSN 0.9% para pasar a 10 gotas/minuto por venoclisis macrogotero (1g/h).
- Si la TAS es mayor o igual ($\geq$) 150 y/o TAD ≥ 100 mmHg (pero $<160/110$) inicie terapia antihipertensiva: nifedipino tabletas x 30 mg 1 tableta VO cada 8 horas o tabletas x 10 mg 1 tableta VO cada 6 horas.
- Una vez estabilizada la gestante, remita a un nivel de máxima complejidad en ambulancia con médico o personal de enfermería o paramédico que realice vigilancia continua de signos vitales (presión arterial, sensorio, frecuencia cardíaca y respiratoria), frecuencia cardíaca fetal y reflejos osteotendinosos cada 15 minutos. Evalúe continuamente la presencia de síntomas premonitorios o de encefalopatía hipertensiva.
- Si presenta episodio convulsivo (eclampsia): garantice el ABC (vía aérea-ventilación-circulación), aplique nuevo bolo de sulfato de magnesio 2 ampollas + 150mL SSN 0.9% en 20 minutos (4 g) y continúe infusión o goteo de sulfato de magnesio pero con un incremento a 2g/h (MSPS y UNFPA, 2013).

4.7.2. Parto de alto riesgo

Se consideran en riesgo para la atención del parto y, por tanto, requieren instituciones de mediana complejidad las gestantes con:

- Índice de masa corporal, IMC, menor de 18.5 o mayor de 29.9 al final de la gestación.
- Talla materna menor a 140 centímetros.
- Edad gestacional entre 34 a 37 semanas y mayor o igual a 41 semanas por amenorrea confiable y segura o ecografía.
- Altura uterina menor a 29 centímetros en gestantes que no tengan ruptura prematura de membranas (RPM).
- Altura uterina mayor a 35 centímetros en gestantes no obesas.
- Antecedentes de más de cuatro partos.
- Cesárea previa.
- Antecedentes de mortinato sin causa conocida.
- Antecedentes de muerte neonatal.
- Presentaciones podálicas, de cara, frente o situaciones transversas.
- Ruptura prematura de membranas entre 34 a 37 semanas, sin signos de infección.
- Ruptura prematura de membranas con períodos de latencia mayor de 12 horas con gestación a término, sin signos de infección y sin trabajo de parto.
- Distocias óseas.
- Desproporción céfalo pélvica.
- Gestantes con incompatibilidad y sin resultado de Coombs indirecto.
- Gestantes isoinmunizadas.

Estas gestantes deben ser valoradas, estabilizadas y remitidas en ambulancia, previa solicitud al

centro regulador de urgencias. Se debe explicar a la gestante y a su acompañante la causa de la remisión, las posibles complicaciones materno fetales y el trámite administrativo que se debe seguir; es necesario estimular en ellas, y en su pareja o familiar, actitudes positivas frente a la finalización de la gestación.

4.7.3. Parto de bajo riesgo, eutócico, normal o fisiológico.

Agrupar a las mujeres gestantes sin riesgo materno o fetal aparente que justifique atención en niveles de mediana o máxima complejidad y que pueden ser atendidas durante todo el proceso de nacimiento por profesional de enfermería en niveles de baja complejidad.

La conducta que se sigue con estas pacientes consiste en su ingreso a la sala de nacimientos del nivel de baja complejidad, cuando no presentan factores de riesgo potencial o real que deba ser atendido en niveles de mayor complejidad y se encuentren en fase activa de trabajo de parto. Se considera que la gestante está en fase activa del trabajo de parto cuando cumple con los siguientes criterios:

- Dinámica uterina regular de tres contracciones en 10 minutos de 30 segundos de duración (3x10x30);
- Borramiento cervical mayor al 50%;
- Dilatación cervical mayor o igual a 4 cm;
- Ruptura espontánea de membranas (opcional).

Una vez se confirme que la mujer se encuentra en fase activa y el parto es de bajo riesgo, se puede hospitalizar y cumplir con las indicaciones de cuidado de la gestante en trabajo de parto. Diagnosticar correctamente el trabajo de parto activo y saber reconocer las fases del trabajo de parto evita el resultado negativo de las hospitalizaciones; implica menor frecuencia de hospitalizaciones inapropiadas, reducción de la ansiedad de las

gestantes y sus familiares, menor posibilidad de intervenciones inapropiadas y menos posibilidad de patología iatrogénica (Lauzon y Hodnett, 2001) (NE I GRA).

Cuando las pacientes de bajo riesgo no se encuentran en fase activa del trabajo de parto, se les enseña a contar el número de contracciones uterinas en 10 minutos y se devuelven para la casa, siempre y cuando se tenga la certeza que van a volver sin dificultades de acceso. En caso de que la gestante no se encuentre en fase activa del trabajo de parto, pero resida en zonas de difícil acceso, se prescribe

ambulación intrahospitalaria en compañía de su allegado y se realiza nueva valoración en dos o tres horas.

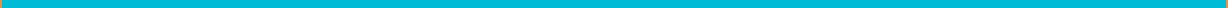
Además se instruye a la gestante y su acompañante sobre volver a la institución inmediatamente si presenta disminución de la percepción de los movimientos fetales, actividad uterina regular con frecuencia de tres contracciones en diez minutos, expulsión de líquido o sangrado vaginal, epigastralgia, visión borrosa, fosfenos, tinnitus, cefalea intensa (MSPS y Colciencias, 2013).



5



CUIDADO DE LA SALUD DE LA MUJER GESTANTE ADMITIDA EN PROCESO DE TRABAJO DE PARTO



Esta etapa comprende todas las acciones de cuidado realizadas por las/los profesionales de medicina o enfermería. Se basa en el respeto a los derechos sexuales y reproductivos de la mujer gestante, toma en cuenta las opiniones de ella y da respuesta a sus necesidades emocionales, físicas, psíquicas y sociales, las de su bebé y su familia. El principal objetivo de este proceso de nacimiento es que sea una experiencia personal, placentera en condiciones de dignidad, respeto y seguridad para la mujer y su recién nacido.

5.1

ACOMPañAMIENTO

Una vez decidida la hospitalización, se le explica a la gestante y a su acompañante de manera clara y respetando su cosmovisión, la situación y la conducta que se va seguir, a fin de tranquilizarla y obtener su colaboración. La gestante debe permanecer con un ser afectivamente próximo que le brinde apoyo continuo, lo cual reduce la necesidad de medicación para el dolor, la probabilidad de tener dolor posparto severo y aumenta la posibilidad de tener un parto vaginal espontáneo. Las mujeres que tienen el apoyo continuo en el parto están más satisfechas con la experiencia del mismo (NE I GR A). Los acompañantes también requieren apoyo y orientación para poder ofrecer una compañía adecuada. Se recomienda que una gestante en fase activa de trabajo de parto permanezca siempre con cuidado profesional (Lothian, 2009) (NE III1 GR A).

5.2

IDENTIFICAR Y SATISFACER NECESIDADES FÍSICAS, EMOCIONALES Y CULTURALES DE LA GESTANTE DURANTE EL TRABAJO DE PARTO

El profesional de enfermería debe asegurar la satisfacción de las diferentes necesidades de la gestante en proceso de trabajo de parto, entre ellas:

- **Alimentación**

Es oportuno garantizar el aporte de alimentos y bebidas de alto contenido energético; la ingesta de sólidos o líquidos claros durante el trabajo de parto no influye en los resultados obstétricos, ni en los neonatales. Además, se considera que la alimentación adecuada mejora el confort y la satisfacción materna y no incrementan las complicaciones que puedan presentar (Rahmani y otros, 2012) (NE II GR A).

- **Eliminación**

Se debe explicar a la mujer la importancia de orinar cada dos horas para evitar el exagerado estiramiento de la vejiga y el uso inapropiado del cateterismo. Los períodos prolongados en el trabajo de parto sin vaciar la vejiga, se asocian con un aumento de las tasas de incontinencia urinaria después del parto y también pueden contribuir a la incontinencia anal. La incontinencia urinaria postnatal se puede reducir si la gestante vacía la vejiga en el intraparto de manera frecuente (Birch y otros, 2009) (NE II2 GR A).

- **Vaciamiento de la ampolla rectal**

Los artículos de investigación indican que la utilización de enemas no reduce las tasas de infección materna o neonatal, ni las dehiscencias de la episiotomía y tampoco mejora la satisfacción materna. Su uso tiene poca probabilidad de proporcionar beneficios maternos o neonatales (Reveiz, Gaitán y Cuervo, 2007) (NE I GR A). No se recomienda el vaciamiento artificial de la ampolla rectal.

- **Rasurado perineal y pubiano**

Esta práctica ocasiona erosiones cutáneas que pueden dar lugar a la colonización de microorganismos.

Además es desagradable y causa intenso malestar y prurito durante el período de crecimiento del vello. No existen pruebas suficientes sobre la efectividad del rasurado perineal sistemático en el ingreso a la sala de partos con relación a los resultados neonatales, aunque se observó una menor colonización bacteriana por gram-negativos en las mujeres a las que no se realizó el rasurado. No se recomienda el rasurado perineal sistemático en mujeres en trabajo de parto (Basevi y Lavender, 2008) (NE I GR A).

- **Evitar intervenciones que no sean clínicamente necesarias**

Las líneas intravenosas y el monitoreo fetal electrónico restringen la capacidad de las mujeres para caminar, cambiar de posición y encontrar consuelo cuando las contracciones se vuelven cada vez más dolorosas. Ninguna investigación sugiere que el parto sea más seguro si los alimentos y los líquidos están restringidos y las vías intravenosas estén en su lugar. De hecho, la evidencia indica que el uso rutinario de las vías intravenosas puede contribuir a la sobrecarga de líquidos en el trabajo de parto (Lothian, 2009) (NE II GR A).

- **Confort de la posición materna**

Las posiciones adoptadas durante el trabajo de parto deben ser libres; la gestante puede caminar, desplazarse y cambiar de posición; el profesional de enfermería debe proponer a la gestante las posiciones que pueden ayudarla a disminuir el dolor y estimular la ambulación o la posición vertical si ella tiene membranas integrales, membranas rotas con presentación bien apoyada o no se encuentra en expulsivo. Si la mujer prefiere quedarse acostada, es mejor favorecer la posición semisentada o

lateral izquierda para evitar la compresión de la vena cava inferior. El respeto por las preferencias individuales es fundamental para lograr la evolución serena del trabajo de parto.

La evidencia científica muestra que caminar, desplazarse y cambiar de posición durante el parto ayuda a las mujeres a hacer frente a las contracciones fuertes y relajarse físicamente, ayuda a los avances del trabajo de parto y son formas eficaces de alivio del dolor; del mismo modo, reduce la duración del trabajo de parto y no parecen asociarse con un aumento de la intervención, o efectos negativos en las mujeres o en el bienestar de los bebés. Por lo anterior, las mujeres deben ser alentadas a asumir cualquier posición que les resulte cómoda en la primera etapa del parto (Lawrence, 2009) (NE I GRA).

• Dolor

El manejo del dolor facilita la progresión del trabajo de parto. El personal de enfermería juega un papel importante en el alivio del dolor al reducir los factores de estrés, especialmente los ambientales. La evidencia actual apoya el uso de terapias complementarias y alternativas para el alivio del dolor

del parto, entre las que están: la inmersión en el agua, la relajación, acupresión o digitopuntura, aromaterapia, acupuntura, hipnosis o musicoterapia. Esas terapias disminuyen el uso de fármacos, incluso la analgesia epidural, y las mujeres se sienten más satisfechas con su manejo del dolor en el trabajo de parto (Smith, y otros, 2010) (NE I GRA).

• Privacidad y seguridad

Sentirse segura y protegida tanto emocional como físicamente ayuda a mantener bajos los niveles de catecolaminas en la gestante y el trabajo de parto avanza. Un ambiente ruidoso y lleno de gente influye en la experiencia y la percepción del dolor de la mujer. El nacimiento es una experiencia única que puede ser positiva y deseada, o desagradable e indeseada. Implica una profunda participación personal, emocional y física de la mujer, producto de sus emociones y motivaciones, y puede estar influenciado por el contexto social y cultural y por el apoyo social, pero al mismo tiempo, es una ocasión especial para que la mujer confronte sus miedos y los supere.

5.3

VALORACIÓN CONTINUA EN LA SALA DE TRABAJO DE PARTO

Agrupar las acciones de cuidado y gestión administrativa que se realizan desde el ingreso de la paciente al servicio de trabajo de parto, entre ellas:

- Diligencie la historia clínica de ingreso a sala de partos.
- Solicite los exámenes de laboratorio que se requieran.
- Coloque los brazaletes de identificación y clasificación de riesgo de caídas o alergias medicamentosas.
- Siga las indicaciones que competen al cuidado de enfermería para la gestante con parto de bajo riesgo.
- Inicie el registro en el partograma¹ (CLAP, OMS/OPS s.f.) y, si se encuentra en fase activa, trazar la curva de alerta.
- Realice los demás registros clínicos requeridos.

¹ Se recomienda la utilización del Partograma (CLAP, OMS/OPS) u otro según la definición de la institución.

La evaluación del riesgo es un proceso continuo a través de la gestación y el parto. Por tanto, los profesionales de enfermería cuya responsabilidad es el cuidado de la gestante de bajo riesgo, deben comprobar en cada fase del parto la permanencia de dicha condición, anotarlo en la historia clínica y, a la menor indicación de complicaciones, remitir a la gestante o solicitar la atención por parte del médico o el especialista en ginecoobstetricia (si existe esa disponibilidad) o remitirla a un nivel superior de complejidad.

• Estado emocional

Estar pendiente de si la mujer se siente alarmada, asustada o insegura; en tal caso acompañarla, explicarle el proceso que está viviendo hasta que se sienta calmada y colaboradora. Establecer una relación profesional no autoritaria sino empática que guíe a la mujer durante el proceso del nacimiento; implica no dejar sola a la mujer durante el parto y proporcionar información y explicaciones, protegiendo el entorno de interferencias que puedan generar molestias.

• Signos vitales

Tomar signos vitales a la mujer: cada dos horas la frecuencia cardíaca, y cada cuatro horas la tensión arterial, la frecuencia respiratoria y la temperatura (NICE y NCWCH, 2007). Enseñar a la mujer a realizar respiración abdominal lenta y profunda, que ayude a la relajación general de todos los músculos del cuerpo y en particular del piso pélvico.

• Actividad uterina

Evalúe cada 30 minutos la frecuencia, duración e intensidad de las contracciones y registre los resultados en el partograma. Las contracciones del período de dilatación y expulsión se acompañan habitualmente de dolor. El dolor comienza después de iniciada la contracción y se extingue antes que el útero se haya relajado completamente; no existe dolor en los intervalos entre las contracciones uterinas. Las contracciones uterinas se pueden alterar por detención de la dilatación cuando hay analgesia obstétrica o sedación temprana, o cuando hay cansancio de la mujer por trabajo de parto prolongado.

Las alteraciones de la actividad uterina pueden ser:

- Bradisistolia (dos o menos contracciones en 10 minutos)
- Taquisistolia (seis o más contracciones en 10 minutos)
- Hiposistolia (disminución de la intensidad de las contracciones, por encima del tono basal pero con intensidad menor de 30 mmHg)
- Hipersistolia (aumento de la intensidad de las contracciones por encima de 70 mmHg)
- Hipertonía (incremento del tono uterino basal por encima de 12 mmHg, no es posible palpar las partes fetales aún en ausencia de contracción) (MSPS y Colciencias, 2013)

• Fetocardia

Evaluar la fetocardia en reposo y postcontracción con el recurso que se tenga disponible (monitor fetal, doppler, campana de Pinard o estetoscopio) (Mahomed y otros, 1994) y registrarlas en el partograma. Los latidos fetales constituyen a la vez un signo de certeza de la gestación y también de vitalidad del feto. En condiciones normales la frecuencia cardíaca fetal (FCF) oscila entre 110 y 160 latidos por minuto; las alteraciones de la fetocardia pueden ser las siguientes:

- Bradicardia si la FCF es menor de 110 latidos por minuto, y es consecuencia de la depresión cardíaca producida por hipoxia;
- Taquicardia, si es mayor de 160 latidos por minuto se considera uno de los primeros signos de estado fetal no tranquilizante (sufrimiento fetal).

• Tacto vaginal

Antes de practicar un tacto vaginal, se recomienda confirmar que sea realmente necesario y que la información que proporcione sea relevante en la toma de decisiones. Hay que ser conscientes que el examen vaginal es una exploración molesta e invasiva, asociada a un incremento del riesgo de infección. Se debe garantizar la privacidad, dignidad y comodidad de la mujer; explicar la razón por la que se practica y los hallazgos encontrados, con delicadeza, sobre todo si no son los esperados por la mujer. En ausencia de indicación clínica, no se recomienda la evaluación cervical digital repetida (tacto vaginal), porque no ha mostrado ser predictor del parto pretérmino o detectar la desproporción céfalo pélvica, pero sí aumenta la posibilidad de infección (Seaward y otros, 1997). (NE I GR A). Igualmente, no hay una buena evidencia científica que compruebe la eficacia de realizar el tacto vaginal de rutina cada dos horas, en particular por la sensibilidad ante el procedimiento y la posibilidad de consecuencias adversas en algunos gestantes (Altman y Lydon-Rochelle, 2006) (NE I GR A). Lo anterior, teniendo en cuenta las recomendaciones que al respecto se establecen en las normas técnicas y lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS y Colciencias, 2013).

También se recomienda tener en cuenta otras formas de evaluar el progreso del parto incluyendo señales de comportamiento materno como: esfuerzos de expulsión (fase de transición entre 8 y 10 cm), sudoración profusa, dificultad de la gestante para seguir indicaciones y percepción de aumento de la frecuencia e intensidad de la contracciones.

• Partograma

Analizar la evolución del trabajo de parto según el partograma disminuye el riesgo de un proceso prolongado (World Health Organization, 1994). Cuando la línea de alerta registrada en el partograma sea cruzada por la de la gestante (prolongación anormal de la fase de dilatación), debe encontrarse la causa y corregirla. La duración del parto varía de gestante a gestante y está influenciada por el

número de gestaciones de la mujer, la posición que adopta durante el trabajo de parto y el estado de las membranas ovulares; el progreso no tiene que ser lineal. En el parto normal, la mayoría de las mujeres nulíparas alcanzan la segunda etapa del parto dentro de las primeras 18 horas y las multíparas en 12 horas sin intervención (Gross, Drobnic y Keirse, 2005). El profesional de enfermería debe consignar en el partograma los hallazgos referentes a la dilatación, estación, estado de las membranas, variedad de posición, fetocardia y características del líquido amniótico.

• Monitoría electrónica fetal (MEF)

La monitorización fetal electrónica continua aumenta la probabilidad de parto vaginal instrumental y cesárea, pero no reduce la incidencia de la parálisis cerebral, muerte fetal, las puntuaciones de Apgar bajas, las tasas de muerte de recién nacidos, o de ingreso en la unidad de cuidados intensivos neonatales (Alfirevic, Devane y Gyte, 2009). En esencia, el uso generalizado del monitoreo electrónico fetal aumenta el riesgo de cesárea sin diferencia en el resultado para el bebé. Teniendo en cuenta que el único beneficio clínicamente significativo de la utilización de la MEF es la reducción de las convulsiones neonatales, se recomienda en las gestantes de bajo riesgo tomar la decisión de valorar la frecuencia cardíaca fetal con auscultación intermitente de manera conjunta entre la gestante y el profesional de enfermería (Thacker, Stroup y Chang, 2007) (NE I GR A).

• Desproporción céfalo-pélvica

Si en la valoración se encuentra que la gestante no progresa significativamente luego de la prueba de encajamiento (proceso dinámico mediante el cual el polo cefálico del feto se encuentra por arriba del estrecho superior de la pelvis, desciende y penetra en la excavación pélvica) y existe la sospecha de desproporción céfalo-pélvica, se debe proceder a remitir a la gestante a un nivel de mayor complejidad.

Si la distocia es de tipo dinámico, se deberá instaurar el tratamiento para corregir el factor causante. Si

luego de aplicadas las medidas correctivas (cambio de posición, apoyo emocional, amniotomía, oxigenoterapia), no se logra progresión, se debe evaluar la capacidad resolutive de la institución y, en caso necesario, remitir a un nivel de mayor complejidad.

• Líquido amniótico

Se recomienda amniotomía solo cuando se considere necesario evaluar el aspecto del líquido amniótico ante sospecha de alteración del bienestar fetal, desprendimiento de placenta o como parte del manejo del primer período del parto prolongado (MSPS y Colciencias, 2013). Si el líquido se encuentra meconiado, es necesario documentar el bienestar fetal con MEF o auscultación intermitente. Si existe

evidencia de posible compromiso fetal y no hay progresión del expulsivo, es necesario evaluar las condiciones para la remisión; si estas son favorables, iniciar de inmediato el trámite administrativo para remitir a la gestante al nivel de mayor complejidad para atención especializada. Durante este período es de capital importancia el contacto visual y verbal con la gestante a fin de disminuir su ansiedad, así como la vigilancia estrecha de la fetocardia.

Se debe trasladar la gestante en camilla de transporte a la sala de partos cuando el cérvix esté totalmente dilatado y la mujer se encuentre en período expulsivo. No hay que olvidar proteger la privacidad de la gestante y asegurarse de que se traslade a la sala de partos cubierta con sabanas.

Una vez realizada la valoración o en el curso de ella, determine:

- Estado emocional y actitudinal de la gestante.
- Nivel de dolor en el trabajo de parto.
- Posición de la gestante durante el trabajo de parto.
- Presión arterial.
- Temperatura.
- Presencia y características de las contracciones en 10 minutos.
- Frecuencia cardíaca fetal.
- Si hay salida de líquido amniótico y esta es mayor a 12 horas.
- Si tiene hemorragia vaginal.
- Cambios cervicales, modalidad de presentación y variedad de posición.
- Presencia de globo vesical.
- Presencia de trastorno hipertensivo o signos premonitorios de eclampsia: cefalea en casco, alteraciones visuales o alteraciones auditivas.
- Presencia de signos de infección.
- Compromiso del bienestar fetal.
- Si hay progreso satisfactorio del trabajo de parto acorde con el partograma.

Con base en la información recogida, evalúe:

- Presencia de riesgos durante el trabajo de parto que afecten el bienestar materno o fetal.
-

Actúe:

Estabilice a la gestante y efectúe los trámites necesarios para su traslado desde la sala de trabajo de parto al nivel correspondiente, acorde con los siguientes criterios:

• Al nivel de mediana complejidad, gestante con:

- Trabajo de parto estacionario.
 - Estado fetal no tranquilizante (sufrimiento fetal).
 - Ruptura prematura de membranas mayor de 12 horas, sin signos de infección y sin trabajo de parto.
 - Prolapso de cordón.
 - Fiebre materna (38,0 °C una vez o 37,5 °C en dos ocasiones con dos horas de diferencia).
-

• Al nivel de mayor complejidad, gestante con:

- Hemorragia vaginal abundante.
 - Hiperdinamia uterina.
 - Estado fetal no tranquilizante (sufrimiento fetal).
 - Expulsivo prolongado: Mayor a 1 hora en multíparas y 1 ½ hora en nulíparas.
 - Trastornos hipertensivos.
-



6



CUIDADO DE LA MUJER GESTANTE DURANTE EL PROCESO DEL NACIMIENTO



Durante el nacimiento se debe garantizar la privacidad de la gestante y aplicar las normas de asepsia y bioseguridad (colocación de gafas o máscara de protección facial, mascarilla, delantal protector, guantes).

- Aliente a la mujer para que adopte la posición que prefiera al pujar. La evidencia científica muestra que no se han encontrado diferencias entre las posiciones vertical y horizontal en términos de los resultados de la seguridad materna o fetal, aunque subjetivamente la mujer tiende a preferir la posición vertical. Se debe avanzar culturalmente para que la gestante pueda elegir la posición de nacimiento que prefiera, de acuerdo con sus propias creencias y prácticas de cuidado; esto implica cambios en la infraestructura y equipamiento de las salas de parto, que las y los profesionales de enfermería pueden liderar (Calvo, Flores, Morales, 2013) (NE II GR B). De acuerdo con las características del parto, se evaluará la modalidad de asistencia y posición para la expulsión: acurrucada, sentada, ginecológica o de litotomía. Hay que trasladar a la mujer gestante desde la camilla de transporte a la camilla de atención o silla vertical, si opta por la primera posición o a la camilla ginecológica si opta por la segunda.
- Realice lavado de la zona perineal con solución antiséptica, preferiblemente clorhexidina al 0.5% (Dumville y otros, 2013) (NE I GR A).
- Descubra el equipo de parto, verificar el indicador de esterilización y entregárselo a la auxiliar circulante para agregarlo a la nota del parto; póngase la bata estéril de atención del parto, conservando la técnica aséptica. Colocar guantes estériles, vestir a la gestante preservando la asepsia; poner la ligadura estéril en las pinzas Rochester y alistar la jeringa estéril para la toma del tamizaje de la hormona TSH.
- Evalúe el estado de las membranas: si se encuentran íntegras, se realiza la amniotomía y se evalúan las características del líquido

amniótico. No se recomienda la amniotomía de forma rutinaria como parte del cuidado estándar de la gestante en proceso de parto, solo en el expulsivo (Smyth, Markham y Dowswell, 2013) (NEI GR A).

- Durante la expulsión, la cabeza fetal puede generar la salida de heces del recto de la gestante. En este caso limpie la zona desde la parte anterior a la posterior (de la vulva hacia el recto) sin utilizar la misma gasa, enjuagando con solución antiséptica.
- Realice episiotomía, previa infiltración con xilocaina simple 2%, solo bajo las siguientes indicaciones:

inminencia de desgarros

parto en podálica (en caso de no poder referir)

líquido amniótico meconiado

La episiotomía selectiva tiene ventajas sobre la episiotomía de rutina tales como la disminución del trauma perineal posterior y las complicaciones febriles (Carroli y Mignini, 2009) (NEI GR A).

- Tanto si fue realizada la episiotomía como si no, se debe proteger la zona perineal con la mano más hábil, ejerciendo presión suave hacia el rafe perineal para evitar desgarros o ampliación de la episiotomía. Se recomienda la protección activa del periné mediante la técnica de deflexión controlada de la cabeza fetal. Solicite a la mujer que no pueje durante la extensión y desprendimiento de la cabeza fetal (Laine, y otros, 2008) (NE III 2 GR A).
- Estimule el pujo voluntario solo cuando la mujer siente realmente la necesidad de hacerlo, durante el expulsivo y en las contracciones. No se aconseja obligarla a retener la respiración (Maniobra de Valsalva prolongada) (Schaffer y otros, 2005) (NE I GR A).
- Palpe con los dedos alrededor del cuello fetal para verificar si encuentra circulares de cordón umbilical; en caso positivo y si estas circulares se encuentran flojas, deslícelas por encima de la cabeza fetal. Si por el contrario el cordón umbilical está ajustado alrededor del cuello, pincelo dos veces y corte en mitad de las pinzas, deslizándolas hacia el periné.
- Controle la expulsión de la cabeza colocando los dedos de la otra mano sobre la cabeza del bebé para mantenerla flexionada; simultáneamente siga protegiendo suavemente el perineo a medida que la cabeza del recién nacido es expulsada. Cuando ello ocurra, pídale a la mujer gestante que deje de pujar.

- Permita que la cabeza fetal gire espontáneamente o, si es un feto grande, ayúdelo a girar. Después de que la cabeza haya girado, coloque una mano a cada lado de la cabeza fetal y pídale a la mujer que puje suavemente con la siguiente contracción.
- Extraiga el hombro anterior, moviendo hacia abajo y hacia adelante la cabeza; posteriormente, levante la cabeza fetal hacia arriba para extraer el hombro posterior. Sostenga el resto del cuerpo del feto por el tórax y los hombros con la mano menos hábil mientras este nace.
- Proceda con las indicaciones para la atención del recién nacido en la sala de nacimientos.
- Continué con el cuidado de la mujer durante el alumbramiento.

6.1**CUIDADO DE LA MUJER DURANTE EL PROCESO DE ALUMBRAMIENTO**

Comprende las intervenciones que se realizan dentro del primer minuto posterior al nacimiento, para prevenir la hemorragia postparto. Se debe explicar a la mujer que va a experimentar nuevamente contracciones en esta etapa.

- **Alumbramiento activo**

- Se recomienda realizar manejo activo del alumbramiento para disminuir la pérdida de sangre materna y reducir el riesgo de hemorragia postparto. Ese manejo reduce el riesgo de sangrado mayor de 1.000cc en el momento del parto en mujeres con riesgo de sangrado (Begley y otros, 2012) (NE I GR A). Se administra oxitocina 5 UI o 10 UI (según la presentación de oxitocina disponible) por vía intramuscular como medicamento de elección para profilaxis durante el alumbramiento en mujeres que tengan parto por vía vaginal (MSPS y Colciencias, 2013).
- Se pinza tardíamente el cordón entre los dos o tres minutos después del parto (MSPS y Colciencias, 2013). Si la mujer es Rh (-) o seropositiva para VIH, no se conoce su hemoclasificación o no realizó control prenatal, el pinzamiento del cordón debe ser inmediato.
- Cuando palpe la placenta en el canal vaginal, realice tracción controlada y continua, sosteniendo el cordón pinzado con una mano, mientras la otra mano se encuentra por encima del pubis aplicando presión suave sobre el útero para prevenir la inversión uterina. Ejercer tracción controlada del cordón umbilical hacia abajo, hacia arriba y hacia los lados; si no encuentra resistencia, aplique presión sobre el útero por encima del pubis.

- Al visualizar la placenta, se toma con las dos manos, se inicia un movimiento de rotación para enrollar las membranas y favorecer su expulsión completa. Si las membranas están incompletas o se desgarran, utilice una pinza Foster para retirar suavemente con movimientos rotatorios cualquier trozo de membrana retenido.
- Se procede a verificar la integridad de la placenta en la cara materna y en la cara fetal, el estado de las membranas, inserción del cordón y número de vasos del cordón umbilical. Ante la duda que haya un alumbramiento completo, se debe proceder a la revisión de la cavidad uterina y la extracción manual de los restos retenidos.
- Haga masaje uterino abdominal cuando haya salido la placenta, retirando los coágulos y verificando que no exista sangrado activo y que el útero se encuentre contraído.
- Tome la presión arterial y el pulso de la puerpera y verifique su estado de conciencia.

A partir de este momento, determine:

- Presencia y tipo de desgarros.
- Mecanismo de desprendimiento de la placenta (fisiológicos de Schultze o de Duncan²).
- Tipo de alumbramiento (espontáneo o manual; completo o incompleto).
- Presencia de sangrado posparto.

Evalúe:

- Si hay presencia de riesgo intraparto que afecte a la mujer: presencia de restos placentarios, retención de placenta, presencia de signos de choque materno, necesidad de seguimiento postparto materno.

Actúe:

- Realice manejo activo del alumbramiento.
- Verifique la integridad de la placenta en la cara materna y en la cara fetal y el estado de las membranas. Ante la duda de que

² En el desprendimiento central (Schultze) no hay pérdida sanguínea hasta que la placenta aparece y sale por vulva, invertida, por su cara fetal, mientras que en el desprendimiento lateral, tipo Duncan, fluye sangre por genitales ya desde el comienzo del desprendimiento.

haya un alumbramiento completo, proceda a revisar la cavidad uterina y extraer manualmente los restos retenidos.

- Vigile el sangrado vaginal. Tome la presión arterial, el pulso de la puérpera, verifique el estado de conciencia.
- Si el alumbramiento es espontáneo y completo pero existen factores de riesgo para sangrado vaginal, inicie tratamiento profiláctico con oxitocina 10 a 20 unidades endovenosas diluidas en 500 cc de SNN o metilergonovina 0.2 mg intramuscular (si las cifras tensionales son menores a 140/90).
- Suture la episiotomía (en caso de que haya sido realizada); verifique la presencia de desgarros en el cuello, la vagina o el periné y, si están presentes, suture en forma anatómica por planos, con materiales absorbibles, sin dejar espacios muertos o hemorragia activa y bajo estrictas normas de asepsia y bioseguridad.
- Si después de 30 minutos de haber realizado el manejo activo del alumbramiento la placenta no se expulsa de forma espontánea, se recomienda administrar 10 UI de oxitocina intramuscular o intravenosa, en combinación con la tracción controlada del cordón umbilical (MSPS y Colciencias, 2013). Se recomienda una única tracción luego de la administración de esta dosis de oxitocina. Si la placenta no se desprende con el manejo anterior, se recomienda iniciar la infusión de 20 unidades de oxitocina en 500 centímetros de cristaloides a 60 cc/hora (40 miliunidades/min) y remitir a la paciente al nivel de mayor complejidad más cercano (MSPS y Colciencias, 2013, p.76).
- Vigile estrictamente la cantidad de sangre perdida, aproximadamente 500 cc después de un parto vaginal normal. Evalúe que la mujer se encuentre despierta y alerta, con presión arterial sistólica mayor o igual a 90. En caso de no encontrarse en estas condiciones, se recomienda clasificar el grado del choque e iniciar el manejo con el peor parámetro clínico encontrado (MSPS, 2010). Para determinar el grado del choque, valore:

El sensorio (estado de conciencia)

La perfusión (color de la piel, temperatura de la piel y llenado capilar)

El pulso y la presión arterial

- En caso de hipotensión materna asociada a hemorragia posparto:

Alerte al personal de salud entrenado en código rojo obstétrico
Evalúe el sistema respiratorio
Administre oxígeno suplementario por máscara con bolsa reservorio mínimo a 10 litros por minuto, por cánula nasal a 3 litros por minuto o por sistema venturi 35-50%.
Mantenga oximetría de pulso por encima del 95%.
Garantice al menos dos accesos venosos permeables de buen calibre
Tome muestras de sangre para hemograma completo
Administre oxitocina 20-40 unidades diluidas en 500 cc de cristaloideos
Administre methergin x 0.2 mg, 1 ampolla intramuscular
Administre misoprostol 600 a 800 mcg intrarrectal
Inicie y continúe infusión de cristaloideos calentados a 39°C

El objetivo de este tratamiento es restaurar la volemia de la paciente; durante todo este procedimiento el profesional de enfermería valorará cada 5 minutos el estado de conciencia, presión arterial, pulso y perfusión tisular, evaluando la respuesta de choque compensado:

Sensorio conservado
Pulso radial presente
Presión arterial sistólica mayor de 90 mmHg y llenado capilar menor a 5 segundos

- Continúe con bolos de 500 cc si alguno de los parámetros se encuentra alterado.
- Mantenga caliente a la paciente cubriéndola con mantas y en posición supina.
- Valore pulso, presión arterial y frecuencia respiratoria cada 15 minutos.

- Diligencie los registros y, una vez estabilizada la paciente, remita a un nivel de mayor complejidad (MSPS y Colciencias, 2013).
- Estabilice a la gestante y efectúe los trámites administrativos necesarios para remitir a la puérpera si encuentra retención de restos placentarios, sangrado vaginal que no cede al manejo, inversión uterina, desgarros vaginales o cervicales de difícil manejo.
- Explique a la mujer y a su familia las razones del traslado y remítala en compañía del recién nacido. Solo en caso de que no sea posible, explíquelo como se cuidará a su bebé y si desea autorizar a alguno de sus allegados para que le sea entregado el recién nacido cuando cumpla los criterios para el alta.

6.2 CUIDADO DEL RECIÉN NACIDO EN SALA DE PARTOS

Inmediatamente después del nacimiento, el recién nacido sufre una serie de modificaciones cardio-hemodinámicas y respiratorias, principalmente. Del éxito en el cuidado depende el adecuado paso de la vida intrauterina a la vida en el ambiente exterior.

Para que esto ocurra, determine:

- Vitalidad fetal.
- Sexo del recién nacido.
- Antropometría del recién nacido (peso, talla, perímetros).
- Riesgo fetal al nacer.

Evalúe:

- Si hay presencia de riesgo al nacer: Necesidad de reanimación fetal, alteración en la relación peso/edad gestacional, necesidad de seguimiento fetal.

Actúe:

- Atención inmediata del recién nacido:
 - **Permeabilización de las vías respiratorias:** En el recién nacido normal, la recuperación manual de secreciones es suficiente y se elimina el riesgo de depresión dependiente de reflejo vagal. Sólo cuando esté indicado (en casos de aspiración de meconio, sangre o líquido meconiado), se debe realizar succión activa de las vías aéreas.

- **Secado del recién nacido:** El secado de cabeza y cara se debe realizar inmediatamente después de la expulsión de la cabeza, mientras el tórax aún permanece en el canal del parto. Una vez culminado el expulsivo, y mientras se respeta la circulación umbilical, si no hay contraindicación para ello, se procede al suave secado general del líquido amniótico, con campos secos.
- **Pinzamiento del cordón:** El pinzamiento diferido es el que se realiza cuando la palpación de las arterias umbilicales se interrumpe y existe perfusión satisfactoria de la piel. Cada vez existen más evidencias del beneficio que supone retrasar el pinzamiento del cordón en neonatos nacidos a término y pretérminos que no requieran reanimación. El procedimiento debe realizarse entre dos y tres minutos después del nacimiento y con instrumental estéril (McDonald y Middleton, 2008) (NE I, GR A).
- **Tamizaje para TSH y VIH:** Luego de realizar el pinzamiento del cordón, tomar con jeringa, una muestra de sangre del extremo placentario del cordón para el tamizaje de hipotiroidismo congénito TSH (hormona estimulante del tiroides), hemoclasificación y otras pruebas de laboratorio que puedan estar indicadas.
- **Valoración del Apgar:** Se realiza en el primer minuto y a los cinco minutos del nacimiento, mediante la evaluación del esfuerzo respiratorio, la frecuencia cardíaca, esfuerzo respiratorio, tono muscular, reflejos e irritabilidad y color de la piel. En recién nacidos deprimidos, se debe evaluar el Apgar para determinar necesidades de reanimación según lo establecido en la Estrategia de atención integral a las enfermedades prevalentes de la infancia, AIEPI (MSPS y OPS s.f.).

El test de Apgar es un examen rápido que se realiza para determinar si un recién nacido necesita ayuda con la respiración o si está teniendo problemas cardíacos. El puntaje en el minuto 1 determina qué tan bien toleró el bebé el proceso de nacimiento, mientras que el puntaje al minuto 5 indica qué tan bien está evolucionando por fuera del vientre materno (Medline Plus, s.f.).

- **Contacto inmediato piel a piel con la madre:** El contacto temprano del recién nacido con la madre (en la primera media hora después del nacimiento) evita la hipotermia (Bergström y otros 2007; Moore y otros, 2012) (NEIII 2, GR A), facilita la estabilidad cardiorrespiratoria, disminuye el llanto en el recién

nacido, favorece la relación madre-hijo, la involución uterina y el inicio temprano de la lactancia materna.

- **Inicio de la lactancia materna:** Debe iniciarse la lactancia materna a más tardar en la primera media hora posparto, excepto en los hijos de mujer VIH positiva o en aquellas mujeres con prueba rápida para VIH positiva (Graça, Figueiredo y Conceição, 2011) (NE I, GR A).
- **Mantenimiento de la temperatura del neonato:** Posterior al contacto con la madre, colocar al recién nacido bajo la lámpara de calor radiante para realizar los cuidados generales.
- **Tomar medidas antropométricas:** La toma de medidas debe realizarse por rutina a todo recién nacido e incluye revisar peso, talla, perímetro cefálico y perímetro torácico.
- **Administrar vitamina K:** Se debe administrar 1 mg de vitamina K intramuscular en el vasto medial en todos los recién nacidos a término y 0,5 mg en los recién nacidos de bajo peso. La administración profiláctica de vitamina K debe realizarse por rutina en todos los recién nacidos. Se ha demostrado que previene el sangrado temprano (enfermedad hemorrágica del recién nacido) y el sangrado posterior (Puckett y Offringal, 2000) (NE I, GR A).
- **Profilaxis ocular:** Evita las infecciones oculares en el recién nacido que pudieron ser transmitidas en su paso por el canal del parto. Se realiza con gentamicina oftálmica o con un colirio o ungüento oftálmico de antibióticos tales como: tetraciclina al 1%, yodo-povidona al 2,5% o eritromicina. Se aplica en ambos ojos dentro de la primera hora del nacimiento, abriendo los párpados con los dedos y aplicando las gotas o el ungüento en el ángulo interno del párpado inferior (Luna y otros, 2009) (NE I, GR A).
- **Identificación del recién nacido y vestido:** Colocar el brazalete de identificación completamente diligenciado; vestir al recién nacido y abrigarlo. Está contraindicado remover el vórmix caseoso (Tollin y otros, 2005) (NE II, GR A).
- **Inicio de la lactancia materna:** Se recomienda iniciar la lactancia en la primera media hora después del nacimiento; si recién nacido está en buenas condiciones, colocarlo en el abdomen materno para fomento del vínculo afectivo. También se recomienda alojar al recién nacido con la madre si está estable y si las condiciones de la madre lo permiten (Ball y otros, 2006) (NE II, GR A).

- **Tomar temperatura axilar:** El recién nacido debe mantener la temperatura axilar entre 36.0-36.9°centígrados (C). Para conservar al recién nacido en un ambiente térmico adecuado, la sala de partos debe mantenerse entre 24 a 26°C, sin corrientes de aire, y la mesa donde se le atenderá en 36°C.
- Determine la necesidad de reanimación e inicie el procedimiento de inmediato:

Asegúrese que la vía aérea está abierta y limpia. Una vez se inicie la respiración, ya sea espontáneamente o con asistencia, comprobar que existe una circulación adecuada para la oxigenación de la sangre. Los recién nacidos están mojados después de nacer y la pérdida calórica es elevada, por lo que es importante secarlos y mantener la temperatura corporal durante el procedimiento de reanimación. Para desarrollar la reanimación, guíese por el capítulo 3 del curso clínico de la Estrategia de atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI) (MSPS, OPS, s.f.).

- Estabilice y remita inmediatamente al recién nacido de alto riesgo.
- **Registros:** En la historia clínica deben ser registrados todos los datos de identificación del recién nacido, la hora y detalles del nacimiento y condiciones del parto, el sexo del recién nacido, el resultado del Apgar al nacer y, a los 5 minutos, si hubo micción o meconio. También deben aparecer los procedimientos desarrollados al recién nacido; las indicaciones de actividades que se van realizar durante las siguientes cuatro horas de vida. El registro debe hacerse en forma clara, secuencial, legible y completa en la historia clínica. De igual manera, se deben diligenciarlos formatos y registros de atención existentes en la sala de partos.
- **Certificado de nacimiento – Registro civil:** Se deben diligenciar de manera inmediata, los documentos relacionados con el registro de nacido vivo y el registro civil. Se debe explicar a la mujer la importancia del certificado de nacimiento que la institución de salud le provee para su hijo. Se debe orientar a la mujer y al padre o acompañante sobre el trámite para el registro civil de su hijo (en la entidad, si la institución tiene servicio notarial, o en una notaría externa, de acuerdo con el lugar de procedencia de la mujer).

6.3 CLASIFICACIÓN DEL RIESGO AL NACER

De acuerdo con lo establecido en la estrategia AIEPI 2012 (MSPS, OPS, s.f.) clasifique el riesgo al nacer en una de estas tres categorías:

• Alto riesgo al nacer

Aquellos recién nacidos que necesitan atención y referencia urgente a una unidad de atención neonatal por presentar factores de riesgo como:

- Peso al nacer menor a 2.000 gramos o mayor a 4.000 gramos.
- Edad gestacional menor a 35 semanas.
- Temperatura axilar menor a 35,5 grados centígrados (°C) o mayor a 38 grados centígrados (°C).
- Dificultad respiratoria.
- Fiebre materna o corioamnionitis.
- Ruptura prematura de membranas – RPM mayor de 12 horas.
- Palidez, plétora o ictericia.
- Infección intrauterina (TORCH/VIH).
- Anomalías congénitas mayores.

Deben ser referidos al mayor nivel de complejidad posible en las mejores condiciones: mantenga temperatura adecuada, evite hipoglicemia, inicie manejo de infección si es prematuro o hay ruptura prematura de membranas, evite lactancia materna si la mujer es VIH positivo, e inicie profilaxis antirretroviral.

• Mediano riesgo al nacer

Estos recién nacidos pueden complicarse con alguna patología grave si no se les hace un seguimiento adecuado, por lo que deben referirse a seguimiento ambulatorio próximo mediante consulta por pediatra en los siguientes tres días. Son factores para mediano riesgo:

- Peso al nacer entre 2.000 y 2.500 gramos, o entre 3.800 y 4.000 gramos.
- Edad gestacional entre 35 y 37 semanas (casi a término).
- Edad gestacional mayor o igual a 42 semanas.
- Reanimación sin presión positiva y sin masaje.
- Anomalías congénitas menores.

- Incompatibilidad Rh o de grupo.
- Mujer con historia de ingesta de cigarrillo, drogas o alcohol.
- Antecedente materno de violencia o maltrato.
- Mujer sin tamizaje para VIH y sífilis.

No deberían, madre e hijo, darse de alta hasta no asegurar una adecuada lactancia materna. Deben asegurarse las consultas de seguimiento desde antes del egreso, brindarle a la mujer educación temprana sobre estimulación del desarrollo infantil y garantizarle atención integral por personal capacitado según se requiera.

• Bajo riesgo al nacer

Son recién nacidos con buena adaptación neonatal y sin factores de riesgo al nacer que solo requieren cuidados rutinarios:

- Colocar al bebé en contacto piel a piel con su madre e iniciar lactancia materna en la primera media hora posparto.
- Aconsejar a la mujer que debe mantener al recién nacido abrigado para evitar hipotermia.
- Verificar el cumplimiento de cuidados de rutina y la toma de la hemo clasificación y el TSH.
- Iniciar esquema de vacunación en el recién nacido, según el Programa ampliado de inmunización del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Debe egresar de la institución con vacuna antituberculosa BCG y antihepatitis B.



7

CUIDADO DE LA SALUD DE LA MUJER Y SU RECIÉN NACIDO DURANTE EL PUERPERIO

Se debe realizar durante las cuatro primeras horas posparto, tiempo en el cual se produce la mayoría de las hemorragias; por lo tanto, es preciso vigilar la hemostasia uterina, teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

- Valore el estado de salud general: aspecto general, color de la piel, mucosas e hidratación y signos vitales maternos.
- Tome signos vitales maternos: detectar taquicardia, fiebre o taquipnea.
- Valore si las mamas se encuentran secretantes, evalúe las características de los pezones.
- Estimule el vínculo afectivo entre la madre y el recién nacido a través del apoyo de la lactancia. Indague sobre las dificultades para instaurar una lactancia materna exitosa, con el fin de tomar medidas correctivas y acompañe a la mujer que presenta dificultades o desconoce la técnica.
- Revise involución uterina: Determine la distancia en centímetros desde el fondo uterino al ombligo; si el útero se encuentra lateralizado o en la línea media, establecer la tonicidad del útero y la percepción dolorosa.
- Observe las características del sangrado: cantidad, color, presencia de coágulos.
- En caso de hemorragia, inicie el tratamiento acorde con lo establecido previamente en este protocolo, evalúe la capacidad resolutoria de la institución y, si es necesario, remita a un nivel de mayor complejidad, previa identificación de la causa y estabilización hemodinámica. Asegure el ingreso en la institución de referencia.
- Revise la episiorrafia y los desgarros para descartar la formación de hematomas.

- Si no hay evidencia de trastornos hemorrágicos, la mujer permanecerá en la sala de alojamiento conjunto y allí se le instruirá y apoyará sobre la lactancia materna a libre demanda.
- Estimule la ambulación temprana después de las primeras cuatro horas posparto.
- Garantice la alimentación adecuada de la mujer durante su estadía e iníciela tan pronto ella lo desee.
- Asista y verifique la reanudación de las funciones corporales normales.
- Registre en forma clara, secuencial, legible y completa los hallazgos en la hoja de evolución, notas de enfermería y demás registros que estén indicados según el caso.
- Remita desde el puerperio a las mujeres que presenten complicaciones como sangrado vaginal que no cede al manejo, atonía uterina que no cede al manejo, trastornos hipertensivos, anemia severa, convulsiones, choque no hipovolémico.

7.2**SEGUNDA VALORACIÓN DURANTE EL PUERPERIO**

Debe realizarse entre la octava (8) y la décima segunda (12) hora del postparto. Además de las acciones descritas en la valoración inicial del puerperio, deben efectuarse las siguientes acciones:

- Sistema cardiopulmonar: ausculte corazón y pulmones.
- Detecte tempranamente las complicaciones como hemorragia, infección puerperal, subinvolución uterina, hipersensibilidad a la palpación uterina y loquios fétidos.
- Valore miembros inferiores: color, sensibilidad, perfusión, pulsos.

7.3**IDENTIFICAR NECESIDADES**

- Si se presentan complicaciones en la mujer, se debe estabilizar, adoptar las medidas del caso y evaluar con posterioridad. Si no se observa mejoría y la alteración supera la capacidad resolutoria, se debe remitir a un nivel de mayor complejidad.
- Identifique las necesidades de información, educación y asesoría de la mujer con relación a su autocuidado y el cuidado del recién nacido.
- Identifique las necesidades de anticoncepción y asegure el inicio del método antes del egreso.
- Registre detalladamente los hallazgos en la historia clínica.

7.4

CUIDADO DE LA SALUD DEL RECIÉN NACIDO DURANTE LAS PRIMERAS VEINTICUATRO HORAS

• Cuidado durante las primeras cuatro horas:

- Controle los signos vitales.
- Mantenga temperatura adecuada (36.5 – 37.5 °C)
- Valore actitud, reflejo de succión y signos de dificultad respiratoria.
- Vigile estado del muñón umbilical.
- Verifique presencia de deposiciones y orina.
- Haga valorar por médico en casos de vómito o sialorrea, o ante la presencia de otros signos que puedan indicar anormalidad. Realice sondaje gástrico de manera selectiva en caso de persistir salivación anormal, para verificar la permeabilidad esofágica.
- Facilite el alojamiento conjunto con la madre y apoye la lactancia materna exclusiva a libre demanda, sin que excedan tres horas de intervalo. Después de comer, el recién nacido debe colocarse en decúbito lateral derecho, evitar la posición prona sin vigilancia (Gilbert y otros, 2005).
- Vigile condiciones higiénicas y del vestido.
- Inicie esquema de vacunación con aplicación de BCG y antihepatitis B. Explique a la madre los cuidados con las vacunas recibidas, los posibles efectos adversos y las próximas fechas de vacunación.
 - **La vacuna antituberculosa BCG.** Se aplica al recién nacido en las primeras doce horas de vida preferiblemente, y en caso extremos hasta los 28 días, en dosis única. De acuerdo con lo indicado por la casa comercial, puede ser 0,05 o 0,1 ml, intradérmica, en el cuadrante supero-externo de la zona escapular izquierda. Una vez reconstituida, se debe utilizar en las siguientes 6 horas; se debe refrigerar entre +2°C y +8°C luego de ser preparada y mantener protegida de los rayos solares.
 - **La vacuna contra la hepatitis B.** Debe aplicarse tan pronto como sea posible después del nacimiento, preferiblemente en las primeras doce horas de vida. En el recién nacido prematuro, con peso inferior a los 2.000 gr, se debe esperar hasta alcanzar ese peso para colocar la primera dosis, si la mujer es negativa para HBsAG. Si es positiva para HBsAG, debe

aplicarse al recién nacido la primera dosis de vacuna antes de las primeras doce horas de vida, independiente del peso al nacer y esa dosis no se cuenta como parte del esquema. Se debe administrar la dosis adicional de recién nacido al primer mes de vida, siempre y cuando el niño ya tenga un peso superior a 2.000 gr, de lo contrario se deberá esperar hasta el segundo mes para iniciar con el esquema.

• Cuidados mediatos

Se realizan a las ocho horas postparto, además de los efectuados en las primeras cuatro horas.

- Examen físico general que incluye la evaluación de todos los órganos, funciones y sistemas para verificar el sexo del recién nacido, calcular edad gestacional, evaluar correlación de peso para la edad gestacional, descartar malformaciones e infección, comprobar permeabilidad rectal y esofágica, verificar normalidad de todos los sistemas.
- Revisar los resultados de exámenes para clínicos: grupo y Rh en todos los casos, serología cuando la mujer es reactiva a cualquier dilución, Coombs directo si ella es Rh negativa y el bebé Rh positivo y demás exámenes que se justifiquen, acorde con el estado neonatal.
- En caso de alteraciones del recién nacido, establezca y remita garantizando la ubicación del neonato en institución de mayor complejidad con capacidad resolutive.

7.5

CUIDADOS PARA EL EGRESO DE LA MUJER Y EL RECIÉN NACIDO

Durante todo el período de estancia de la puérpera en la institución —sea por condiciones clínicas o dificultades administrativas— deberá realizarse al menos una nota de evolución en cada turno hasta que se haga efectiva la salida y especificar los cuidados que se le han brindado. En este periodo se debe dar información a la mujer:

- Explique los signos de alarma de la mujer: instruya sobre fiebre, sangrado genital abundante, dolor en hipogastrio, cefalea, vómito, diarrea, salida de flujo o material fétido por vagina. En caso de presentarse alguno de ellos, indique que debe regresar a la institución.

- Explique las medidas higiénicas para prevenir infección materna y del recién nacido o en área perineal.
- Oriente sobre los signos de alarma en el recién nacido como son distensión abdominal, ausencia de heces, no tolerancia de la lactancia, palidez, falta de respuesta a estímulos, percepción de la mujer: “el niño no luce bien”.
- Enfatique sobre la importancia de la consulta de seguimiento en tres días para control e incluir en el programa de crecimiento y desarrollo, en los casos en que el egreso sea después de las primeras 24 horas.
- Enseñe sobre cómo bañar al neonato, posición al dormir de cúbito dorsal para prevenir muerte súbita, colocar a la luz solar.
- Explique la importancia de la lactancia materna exclusiva, los cuidados del recién nacido y alimentación balanceada adecuada para la mujer.
- Converse con la mujer para evaluar sus prácticas y creencias respecto a bebidas y alimentos que su familia aconseja consumir durante el puerperio para aumentar la producción de leche. Si la gestante consume bebidas como agua de panela con leche, agua de hinojo, hierbabuena, se pueden conservar porque no se ha demostrado que tengan un efecto negativo en la producción y excreción de la leche materna; en cambio, relajan a la mujer y favorecen un ambiente adecuado para la lactancia. Contrariamente, si la mujer refiere consumo de cerveza y bebidas alcohólicas, estas prácticas se deben reestructurar. Ofrezca solución a los obstáculos identificados antes de iniciar la lactancia y muestre una actitud comprensiva y disponible hacia la mujer, su hijo y la familia, evitando evidenciar momentos de afán o exceso de trabajo (Cano, Piñeros y Vargas, 2012) (NE I GRA).
- Brinde orientación en relación con la reanudación de la actividad sexual en el puerperio, el control de la fertilidad y la instauración del método de anticoncepción elegido, de acuerdo con lo establecido en la *Norma técnica de atención para planificación familiar en hombres y mujeres*, indicada en las Resoluciones 769 y 1973 de 2008.
- Brinde orientación en relación con el estilo de vida, incluyendo la actividad física en general.
- Promueva el autocuidado a través de educación en salud, respetando las creencias de la puérpera y su familia, especialmente las relacionadas con el mantenimiento del equilibrio calor-frío

en el cuerpo, las cuales no son nocivas para su salud: taparse los oídos con algodón, no serenarse ni exponerse a corrientes de aire, bañarse con algunas hierbas, tomar alimentos calientes. Reacomode aquellas prácticas que pueden ser perjudiciales para su salud o la de su hijo: cubrir el muñón umbilical con emplastos, o fajar al niño o chumbarlo para que sus piernas permanezcan en posición recta.

- Es fundamental que provea soporte a la nueva familia y evaluar los posibles riesgos y problemas en el proceso de acogida del niño a la misma. En este punto es importante considerar la participación de la pareja y el cuidado centrado en la familia, con el fin de ofrecer el entorno más favorable para ambos padres. Si los profesionales pueden identificar a las mujeres que tienen miedo, preocupación o inseguridad desde la gestación, igualmente podrán ofrecerles apoyo adicional antes de que nazca el niño (Salonen y otros, 2010) (NE III 3 GR A).
- Si la puérpera se encuentra en buenas condiciones y se conoce su grupo sanguíneo y los resultados de la serología para sífilis y VIH, se puede definir el alta. Considerando que el mayor porcentaje de las muertes maternas ocurre durante las primeras 24 horas posparto (Li y otros, 1996) y que todas las actividades de vigilancia, educación y anticoncepción deben realizarse durante esta estancia, se recomienda el alta posterior a las 24 horas en las puérperas y los recién nacidos sin factores de riesgo, y hay que asegurar que la mujer es competente para cuidar su recién nacido (NE I GR A). El alta se debe registrar en la hoja de evolución; enfermería realiza las órdenes clínicas para las citas de control en anticoncepción, control del recién nacido por médico a las 72 horas postparto y los demás registros que se requieran.
- Oriente a la puérpera y su familia sobre los trámites administrativos necesarios para hacer efectiva la orden de salida.
- Provea información sobre la normatividad en materia de protección y sostén de la maternidad y la paternidad (licencia por maternidad, licencia por paternidad, horas de lactancia).
- Entregue el carné de vacunación y oriente sobre los puntos de vacunación disponibles.
- Entregue el original del certificado de nacido vivo y promueva que se haga el registro civil en forma inmediata o explique que esta actividad se realiza en la institución de salud (si es el caso).

- Entregue la fórmula de los medicamentos que estén indicados y explique la posología y forma de administración a la gestante.
- Entregue las indicaciones de cuidado.
- Promueva que los padres vinculen a los recién nacidos al sistema de seguridad social, después de hacer el registro civil, para asegurar la prestación de servicios en caso necesario.
- Entregue la orden de salida para la mujer y el recién nacido.



8

INDICADORES DE USO

Los indicadores de uso son aquellos que permiten verificar las acciones realizadas por el profesional de enfermería durante los procesos de cuidado de la gestante y su recién nacido.

INDICADOR	CUMPLE	NO CUMPLE
DURANTE EL PROCESO DE ADMISIÓN		
Establece una adecuada comunicación con la gestante, su pareja y la familia; los motiva a expresar sus inquietudes y necesidades relacionadas con el inicio y evolución del trabajo de parto.		
Elabora una historia clínica obstétrica completa.		
Realiza una valoración física completa: identifica las alteraciones en los signos vitales maternos; valora el peso, la talla y el IMC y lo relaciona con la edad gestacional		
Realiza una valoración física completa: determina correctamente la altura uterina, la situación, la posición, la presentación y el grado de encajamiento del feto. Ausculta la frecuencia cardíaca fetal e identifica sus alteraciones. Evalúa la frecuencia, duración e intensidad de las contracciones uterinas, acorde con la técnica establecida.		
Realiza el tacto vaginal con delicadeza; respeta la privacidad de la gestante y explica el procedimiento.		
Determina correctamente el borramiento y la dilatación del cuello uterino; si las membranas están íntegras o rotas; la parte que se presenta y la variedad de posición fetal; el grado de descenso de la cabeza y si la pelvis permitirá el paso del feto.		
Reconoce cuando la gestante se encuentra en fase activa de trabajo de parto.		
Revisa las ayudas diagnósticas y establece la necesidad de exámenes adicionales.		
Identifica correcta y oportunamente los riesgos biológicos y psicosociales de la mujer gestante a través de la valoración del estado de salud.		
Establece las necesidades de la gestante y organiza un plan de cuidados conjuntamente con la gestante y su pareja.		
Establece correctamente las impresiones diagnósticas de la mujer gestante.		
Clasifica el riesgo del parto para la mujer gestante acorde con el protocolo.		
Ejecuta las conductas necesarias según la clasificación de riesgo establecida.		
Da información completa a la gestante y su acompañante sobre la evolución del parto, y permite que la gestante participe en todas las decisiones relacionadas con su cuidado.		
Realiza los registros de manera clara, oportuna y completa.		

INDICADOR	CUMPLE	NO CUMPLE
DURANTE EL PROCESO DE TRABAJO DE PARTO		
Permite y facilita que la mujer esté acompañada durante todo el trabajo de parto por la persona que ella prefiere.		
Monitorea el bienestar físico y emocional de la gestante durante el trabajo de parto; establece sus necesidades y desarrolla un plan de cuidados conjuntamente con la gestante y su pareja.		
Ofrece a la gestante posibilidad de adoptar posiciones libres o moverse durante el parto.		
Mantiene a la gestante en condiciones óptimas durante el trabajo de parto: hidratación y nutrición adecuadas; evacuación regular de la vejiga; medidas estrictas de asepsia para evitar infecciones.		
Identifica las alteraciones en los signos vitales maternos. Evalúa la frecuencia, duración e intensidad de las contracciones uterinas, acorde con la técnica establecida. Ausculta la frecuencia cardíaca fetal e identifica sus alteraciones.		
Realiza el tacto vaginal con delicadeza; respeta la privacidad de la gestante y explica el procedimiento.		
Determina correctamente el borramiento y la dilatación del cuello uterino; el estado de las membranas ovulares; la variedad de posición fetal y el grado de descenso de la cabeza.		
Evalúa correctamente la progresión del parto por medio de la observación y la exploración física, con ayuda del partograma.		
Aplica técnicas no invasivas para el alivio del dolor como masaje o técnicas de relajación.		
Da información completa a la gestante y su acompañante sobre la evolución del trabajo de parto, y permite que la gestante participe en todas las decisiones relacionadas con su cuidado.		
Identifica correcta y oportunamente los riesgos biológicos y psicosociales de la mujer gestante a través de la valoración del estado de salud.		
Reclasifica el riesgo del parto para la mujer gestante acorde con el protocolo.		
Remite a niveles superiores de atención en caso de encontrar factores de riesgo para la evolución satisfactoria del trabajo de parto y parto.		
Realiza los registros de manera clara oportuna y completa.		

INDICADOR	CUMPLE	NO CUMPLE
DURANTE EL PROCESO DE NACIMIENTO		
Reconoce los signos y síntomas que marcan el comienzo del periodo expulsivo del parto y traslada en camilla oportunamente a la mujer gestante a la sala de nacimientos.		
Acompaña a la gestante, mantiene la observación y el apoyo en todo momento y permite que la mujer pueje espontáneamente.		
Permite y facilita que la mujer esté acompañada durante todo el parto por la persona que ella prefiere.		
Respetar la decisión informada de la gestante respecto a la posición de realización del parto; acepta la manera en que la gestante se siente más segura.		
Realiza episiotomía con la técnica correcta solo cuando está indicada.		
Atiende el parto con la técnica correcta y de manera segura.		
Presta la atención inmediata al recién nacido: seca, libera vías aéreas si es necesario, verifica la respiración.		
Permite el contacto directo entre la piel del neonato y la de la mujer; los cubre para que mantenga el calor del cuerpo, y corta el cordón umbilical según indicaciones.		
Toma las medidas antropométricas con la técnica correcta.		
Realiza profilaxis ocular, umbilical y vitamina K de manera correcta e identifica correcta y oportunamente al recién nacido.		
Proporciona un ambiente sin riesgos y propicio para establecer el vínculo entre los padres y el recién nacido, así como la lactancia materna temprana y exclusiva.		
Identifica la necesidad de reanimación y efectúa el procedimiento con la técnica correcta.		
Clasifica el riesgo del recién nacido y remite a niveles superiores de atención en caso de encontrar factores de riesgo para la evolución satisfactoria del trabajo de parto y parto.		
Monitorea el bienestar físico y emocional de la gestante durante el trabajo de parto, parto y después del nacimiento.		
Realiza los registros de manera clara oportuna y completa.		

INDICADOR	CUMPLE	NO CUMPLE
DURANTE EL PUERPERIO		
Realiza una valoración completa a la mujer y a su recién nacido en el puerperio inmediato, para detectar cualquier problema real o potencial.		
Vacuna al recién nacido según la norma.		
Facilita y apoya el comienzo y el mantenimiento de la lactancia materna precoz y exclusiva.		
Monitorea el bienestar físico y emocional de la mujer después del nacimiento.		
Informa, educa y aconseja a la mujer sobre su cuidado personal y el del recién nacido, respetando las creencias que no son nocivas para la salud de la mujer y de su hijo.		
Identifica alteraciones en la adaptación de la mujer a su nuevo rol y brinda apoyo en caso necesario.		
Enseña a la mujer sobre los cuidados generales del recién nacido (la piel, los ojos y el cordón umbilical) y enseña a verificar que las heces sean normales. Utiliza técnicas de enseñanza participativas y evita la imposición.		
Orienta a los padres sobre la forma de utilizar los recursos de salud para la promoción de estilos de vida saludables y prevención de problemas.		
Estimula a los nuevos padres para la inscripción de su hijo en el programa de crecimiento y desarrollo, el registro civil y la afiliación al sistema de salud.		





BIBLIOGRAFÍA

-
- Alfirevic, Z., Devane, D. y Gyte, G. M. (2009). Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour. *Cochrane Database Syst Rev*.
- Al-Hinai M, Al-Muqbali M, Al-Moqbali A, Gowri V, Al-Maniri A. (2013) Effects of Pre-Pregnancy Body Mass Index and Gestational Weight Gain on Low Birth Weight in Omani Infants: A case-control study. *Sultan Qaboos Univ Med J*. Aug; 13(3):386-91.
- Al-Mandeel, H., Alhindi, M. Y. y Sauve, R. (2013). Effects of intentional delivery on maternal and neonatal outcomes in pregnancies with preterm prelabour rupture of membranes between 28 and 34 weeks of gestation: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 26(1), 83-89.
- Altman, M. R. y Lydon-Rochelle, M. T. (2006). Prolonged second stage of labor and risk of adverse maternal and perinatal outcomes: a systematic review. *Birth*, 33(4), 315-322.
- Ball, H. L., Ward-Platt, M. P., Heslop, E., Leech, S. J. y Brown, K. A. (2006). Randomised trial of infant sleep location on the postnatal ward. *Archives of disease in childhood*, 91(12), 1005-1010.
- Basevi, V. y Lavender, T. (2008). *Rasurado perineal sistemático en el ingreso a la sala de partos*. Revisión Cochrane traducida. Recuperado de <http://www.update-software.com/BCP/BCPGetDocument.asp?DocumentID=CD001236>.
- Begley, C. M., Gyte, G. M., Devane, D., McGuire, W. y Weeks, A. (2011). Active versus expectant management for women in the third stage of labour. *Cochrane Database Syst Rev*, 11. doi: 10.1002/14651858.

- Berglund, S., Grunewald, C., Pettersson, H. y Cnattingius, S. (2010). Risk factors for asphyxia associated with substandard care during labor. *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica*, 89(1), 39-48.
- Bergström, A., Okong, P. y Ransjö - Arvidson, A. B. (2007). Immediate maternal thermal response to skin-to-skin care of newborn. *Acta Paediatrica*, 96(5), 655-658.
- Berndl, A. M., O'Connell, C.M, McLeod, N.L. (2013). Fetal movement monitoring: how are we doing as educators? *J Obstet Gineco*, 35(1):22-8.
- Birch, L., Doyle, P. M., Ellis, R. y Hogard, E. (2009). Failure to void in labour: postnatal urinary and anal incontinence. *British Journal of Midwifery*, 17(9), 562-566.
- Brüggemann, O.M., Parpinelli, M. A., Osis, M. J., Cecatti, J. G., Carvalhinho, C. (2007). Support to woman by a companion of her choice during childbirth: a randomized controlled trial. *Salud Reprod* (4)5.
- Cabrero J. (1999). Enfermería basada en la evidencia y utilización de la investigación. *IndexEnferm*, (27)12-8.
- Cahill, A. G., Duffy, C. R., Odibo, A. O., Roehl, K. A., Zhao, Q. y Macones, G. A. (2012). Number of cervical examinations and risk of intrapartum maternal fever. *Obstetrics & Gynecology*, 119(6), 1096-1101.
- Calvo, A. O., Flores, R. A. y Morales, G. V. (2013). [Comparison of obstetric and perinatal results of childbirth vertical position vs. childbirth supine position]. *Ginecología y obstetricia de México*, 81(1), 1.
- Cano Obando, M. F., Piñeros Niño, A. J. y Vargas López, Á. M. (2012). *Propuesta de cuidado de enfermería durante la lactancia materna enmarcado en la Teoría de Kristen Swanson* (tesis doctoral). Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Carroli, G. y Mignini, L. (2009). Episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev*, 1(1). doi: 10.1002/14651858.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (2011). Updated recommendations for use of tetanus toxoid, reduced diphtheria toxoid and acellular pertussis vaccine (Tdap) in pregnant women and persons who have or anticipate having close contact with an infant aged < 12 months---Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP), 2011. *MMWR. Morbidity and mortality weekly report*, 60(41), 1424.

Centro de enfermería basado en evidencia. Recuperado de <http://www.york.ac.uk/healthsciences/>

Centro Latinoamericano de Perinatología CLAP, Organización Mundial de la Salud OMS, y Organización Panamericana de la Salud OPS (s.f.) Recuperado de: <http://www.nacer.udea.edu.co/pdf/guias/partograma.pdf>

Chintapalli, S. y Padmaja, I. J. (2013). Seroprevalence of toxoplasmosis in antenatal women with bad obstetric history. *Tropical parasitology*, 3(1), 62.

Dumville, J. C., McFarlane, E., Edwards, P., Lipp, A. y Holmes, A. (2013). Preoperative skin antiseptics for preventing surgical wound infections after clean surgery. *Cochrane Database Syst Rev*, 3. doi: 10.1002/14651858.

Evidence Based Midwifery Practice Guidelines. Recuperado de <http://www.radmid.demon.co.uk/Evidence.htm>

Evidence Based Nursing (Mount Sinai). Recuperado de <http://www.cebm.utoronto.ca/syllabi/nur/>

Fescina, R. H. (2011). *Salud sexual y reproductiva: guías para el continuo de atención de la mujer y el recién nacido focalizadas en APS*. Montevideo, Uruguay: Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva.

Fonseca, T. M., Cesar, J. A., Mendoza-Sassi, R. A. y Schmidt, E. B. (2013). Pathological Vaginal Discharge among Pregnant Women: Pattern of Occurrence and Association in a Population-Based Survey. *Obstetrics and gynecology international*, 2013.

Foundation of Nursing Studies. Recuperado de <http://www.fons.org/links.htm>

Gilbert, R., Salanti, G., Harden, M. y See, S. (2005). Infant sleeping position and the sudden infant death syndrome: systematic review of observational studies and historical review of recommendations from 1940 to 2002. *International journal of epidemiology*, 34(4), 874-887.

- Graça, L. C. C. D., Figueiredo, M. D. C. B. y Conceição, M. T. C. C. (2011). Contributions of the nursing intervention in primary healthca-re for the promotion of breastfeeding. *Revista latino-america-na de enfermagem*, 19(2), 429-436.
- Gross, M. M., Drobnic, S. y Keirse, M. J. (2005). Influence of Fixed and Time-Dependent Factors on Duration of Normal First Stage La-bor. *Birth*, 32(1), 27-33.
- Guías Profesionales de la Salud. Recuperado de <http://www.cochra-ne.org>
- Information package for nurses, midwives and communit nurses. Re-cuperado de <http://www.doh.gov.uk/nhsexec/aep.htm>
- Iyoke, C. A., Ugwu, G. O., Ezugwu, F. O., Lawani, O. L., Onyebuchi, A. K. (2013). Retrospective cohort study of the effects of obesity in early pregnancy on maternal weight gain and obstetric outco-mes in an obstetric population in Africa. *Int J Womens Health*, 14(5), 501-7.
- Kaiser, B., Razurel, C. y Jeannot, E. (2013). Impact of health beliefs, so-cial support and self-efficacy on physical activity and dietary habits during the post-partum period after gestational diabe-tes mellitus: study protocol. *BMC pregnancy and childbirth*, 13(1), 133.
- Kassar, S. B., Melo, A., Coutinho, S. B., Lima, M. C. y Lira, P. I. (2013). De-terminants of neonatal death with emphasis on health care du-ring pregnancy, childbirth and reproductive history. *Jornal de Pediatria (Versao en Portugues)*, 89(3), 269-277.
- Kjærgaard, H., Olsen, J., Ottesen, B., Nyberg, P. y Dykes, A. K. (2008). Obstetric risk indicators for labour dystocia in nulliparous wo-men: a multi-centre cohort study. *BMC pregnancy and childbir-th*, 8(1), 45.
- Laine, K., Pirhonen, T., Rolland, R. y Pirhonen, J. (2008). Decreasing the incidence of anal sphincter tears during delivery. *Obstetrics & Gynecology*, 111(5), 1053-1057.
- Landes, M., Thorne, C., Barlow, P., Fiore, S., Malyuta, R., Martinelli, P. y Newell, M. L. (2007). Prevalence of sexually transmitted infec-tions in HIV-1 infected pregnant women in Europe. *European journal of epidemiology*, 22(12), 925-936.
- Lauzon, L. y Hodnett, E. (2001). Labour assessment programs to delay admission to labour wards. *Cochrane Database Syst Rev*, 3. doi: 10.1002/14651858.

- Lawrence, A., Lewis, L., Hofmeyr, G. J., Dowswell, T. y Styles, C. (2009). Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane database of systematic reviews*, 2(CD003934). doi: 10.1002/14651858.
- Leininger M. (1991) *Culture care diversity and universality: a theory of nursing*. New York: Nacional League for Nursing Pres.
- Li, X. F., Fortney, J. A., Kotelchuck, M. y Glover, L. H. (1996). The postpartum period: the key to maternal mortality. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 54(1), 1-10.
- Lisonkova S, Joseph KS. (2013) Incidence of pre-eclampsia: risk factors and outcomes associated with early- versus late-onset disease. *Am J ObstetGynecol*. 2013; 1-13.
- Lothian, J. A. (2009). Safe, healthy birth: What every pregnant woman needs to know. *The Journal of perinatal education*, 18(3), 48.
- Lumley, J., Chamberlain, C., Dowswell, T., Oliver, S., Oakley, L. y Watson, L. (2009). Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*, 3(3). doi:10.1002/14651858.
- Luna, M. S., Alonso, C. R., Mussons, F. B., Urcelay, I. E., Conde, J. R. y Narbona, E. (2013), October). Recommendations for the care of the healthy normal newborn at delivery and during the first postnatal hours. *Anales de pediatria* 71(4), 349-361.
- Mahomed, K., Nyoni, R., Mulambo, T., Kasule, J. y Jacobus, E. (1994). Randomised controlled trial of intrapartum fetal heart rate monitoring. *BMJ: British Medical Journal*, 308(6927), 497-500.
- McDonald, S. J. y Middleton, P. (2008). Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes. *Cochrane database of systematic reviews* (Online), (2).
- Medline Plus. Recuperado de <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/003402.htm>
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia y Organización Panamericana de la Salud (s. f.). Estrategia de Atención Integral a las Enfermedades prevalentes de la Infancia (AIEPI). Bogotá, D.C.
- Ministerio de Salud y Protección Social (2000). *República de Colombia*. Resolución 412 de 2000. Bogotá, D.C.

- Ministerio de Salud y Protección Social y Fondo de Población de las Naciones Unidas Vigilancia de la Morbilidad Materna Extrema (2010). *Documento técnico y conceptual sobre la metodología de análisis de información para la auditoría de la calidad de la atención materna la morbilidad materna extrema*.
- Ministerio de Salud y Protección Social y Colciencias (2013). *Guías de Práctica Clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio. Guías No. 11-15*. Bogotá, Colombia.
- Ministerio de Salud y Protección Social y Fondo de Población de las Naciones Unidas (2013). *Protocolo de atención a la embarazada menor de 15 años*. Bogotá, Colombia.
- Ministerio de Salud y Protección Social y Fondo de Población de las Naciones Unidas (2013). *Emergencia hipertensiva, Diagramas de flujo para la atención de la emergencia obstétrica*. Bogotá.
- Moore, E. R., Anderson, G. C., Bergman, N. y Dowswell, T. (2012). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev*, 5. doi: 10.1002/14651858
- Newman, L., Kamb, M., Hawkes, S., Gómez, T., Say, L., Seuc., A. y Brouet, N. (2013). Global estimates of syphilis in pregnancy and associated adverse outcomes: analysis of multinational antenatal surveillance data. *PLoS Med.*, 10(2).
- NICE y NCWCH (2007). *Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth*. RCOG Press.
- Nursing sites on the web. Recuperado de <http://ublib.buffalo.edu/libraries/units/hsl/internet/nsgsites.html>
- Puckett, R. M. y Offringa, M. (2000). Prophylactic vitamin K for vitamin K deficiency bleeding in neonates. *Cochrane Database Syst Rev*, 4.
- República de Colombia. *Ley 266 de 1996*.
- República de Colombia. *Ley 911 de 2004*.
- República de Colombia. *Ley 1385 de 2010*.
- Rahmani R, KhakbazanZ , P Yavarí , Granmayeh M , L Yavarí (2012). Effect of oral carbohydrate intake on labor progress: randomized controlled trial. *Irán J Public Health*. 2012; 41 (11):59-66.

- Retnakaran R, YE C, Hanley AJ, Connelly PW, Sermer M, Zinman B, Hamilton JK. (2012) Effect of maternal weight, adipokines, glucose intolerance and lipids on infant birth weight among women without gestational diabetes mellitus *CMAJ*. 2012, 184 (12):1353-60.
- Reveiz, L., Gaitán, H. G. y Cuervo, L. G. (2007). Enemas during labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4.
- Salonen, A. H., Kaunonen, M., Åstedt-Kurki, P., Järvenpää, A. L., Isoaho, H. y Tarkka, M. T. (2010). Parenting satisfaction during the immediate postpartum period: factors contributing to mothers' and fathers' perceptions. *Journal of clinical nursing*, 19(11-12), 1716-1728.
- Schaffer, J. I., Bloom, S. L., Casey, B. M., McIntire, D. D., Nihira, M. A. y Leveno, K. J. (2005). A randomized trial of the effects of coached vs uncoached maternal pushing during the second stage of labor on postpartum pelvic floor structure and function. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 192(5), 1692-1696.
- Schneeberger, C., Geerlings, S. E., Middleton, P. y Crowther, C. A. (2012). Interventions for preventing recurrent urinary tract infection during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*, 11.
- Seaward, P. G., Hannah, M. E., Myhr, T. L., Farine, D., Ohlsson, A., Wang, E. E.,... y Hodnett, E. D. (1997). International Multicentre Term Prelabor Rupture of Membranes Study: evaluation of predictors of clinical chorioamnionitis and postpartum fever in patients with prelabor rupture of membranes at term. *American journal of obstetrics and gynecology*, 177(5), 1024-1029.
- Skagerström, J., Chang, G. y Nilsen, P. (2011). Predictors of drinking during pregnancy: a systematic review. *Journal of women's health*, 20(6), 901-913.; 20(6):901-13.
- Smith, C. A., Collins, C. T., Cyna, A. M. y Crowther, C. A. (2010). *Complementary and alternative therapies for pain management in labour*. The Cochrane Collaboration. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, Ltda.
- Smyth, R. M. D., Markham, C. y Dowswell, T. (2013). Amniotomy for shortening spontaneous labour. *Cochrane Database Syst Rev*, 6.
- Sukrat, B., Wilasrusmee, C., Siribumrungwong, B., McEvoy, M., Okascharoen, C., Attia, J. y Thakkinstian, A. (2013). Hemoglobin Concentration and Pregnancy Outcomes: A Systematic Review and Meta-Analysis. *BioMed research international*, 2013.

- Swanson K. (1991). Empirical Development of a middle range theory of caring. *Nursing Research*, 40(3).
- Swanson, K. (1993). Nursing as informed caring for the well-being of other. *Journal of Nursing Scholarship*, 25(4) Winter.
- Takács, L., Seidlerová, J. (2013). Psychosocial climate in maternity hospitals from the perspective of parturients II. *Ceska Gynekol*, 78 (3), 269-75.
- Thacker, S. B., Stroup, D. y Chang, M. (2007). WITHDRAWN: Continuous electronic heart rate monitoring for fetal assessment during labor. *The Cochrane database of systematic reviews*, (3), CD000063.
- The Joanna Briggs Institute. Recuperado de <http://www.joannabriggs.edu.au/welcome.html>
- Tollin, M., Bergsson, G., Kai-Larsen, Y., Lengqvist, J., Sjövall, J., Griffiths, W.,... y Agerberth, B. (2005). Vernix caseosa as a multi-component defence system based on polypeptides, lipids and their interactions. *Cellular and Molecular Life Sciences CMLS*, 62(19-20), 2390-2399.
- Tveit, J. V. , Saastad, E., Stray-Pedersen, B., Børdahl, P. E. , Flenady, V., Fretts, R. y Frøen, J. F. (2009). Reduction of late stillbirth with the introduction of fetal movement information and guidelines - a clinical quality improvement. *BMC Pregnancy Childbirth*, 22(9), 32.
- Vargas J, Molina G. (2009) Decisiones en la atención en salud en ambientes controlados por el Sistema General de Seguridad Social en Salud en seis ciudades de Colombia 2007- 2008". 2008. Medellín: Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia; Vol 27
- Viellas, E. F., da Gama, S. G. N., Carvalho, M. L. D. y Pinto, L. W. (2013). Factors associated with physical aggression in pregnant women and adverse outcomes for the newborn. *Jornal de Pediatria (Versao en Portugues)*, 89(1), 83-90.
- Wang, S. C., Wang, L. y Lee, M. C. (2012). Adolescent mothers and older mothers: Who is at higher risk for adverse birth outcomes? *Public Health*, 126(12), 1038-1043.
- Whitworth, M., Bricker, L., Neilson, J. P. y Dowswell, T. (2010). *Ecografía para la evaluación fetal en el primer trimestre del embarazo*. doi: 10.1002/14651858.

World Health Organization, (1994). *Maternal Health and Safe Motherhood Programme*.

World Health Organization (s.f.). Partograph in management of labour. *Lancet*.

World Health Organization (2012). Guideline: Daily Iron and Folic Acid Supplementation in Pregnant Women. *WHO Guidelines*.

Yadav, H. y Lee, N. (2013). Maternal factors in predicting low birth weight babies. *The Medical journal of Malaysia*, 68(1), 44-47.



