

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

Evidence of contributions made by the nursing care to maternal health

Mildred Guarnizo-Tole,^I Hugo Olmedillas,^{II} Germán Vicente-Rodríguez^{III}

^I Universidad de Zaragoza. España. Universidad El Bosque. Colombia.

^{II} Universidad de Oviedo. España.

^{III} Universidad de Zaragoza. España.

RESUMEN

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

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

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

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

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

Palabras clave: Mortalidad materna; enfermería; salud materna.

ABSTRACT

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

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

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

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

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

Keywords: Maternal mortality; nursing; maternal health.

INTRODUCCIÓN

La atención materna de calidad representa un compromiso mundial que busca optimizar las condiciones de vida de las mujeres. El embarazo, parto y posparto son periodos caracterizados por múltiples cambios físicos y psicosociales, que de no ser positivos pueden generar diversas morbilidades que constituyen una amenaza directa para la vida de la mujer y su futuro hijo.¹ En el tercer Objetivo de Desarrollo Sostenible del Milenio se proyectó como prioridades a nivel mundial la reducción de la mortalidad materna a menos de 70 por 100 000 nacidos vivos, junto con el acceso universal a la salud sexual y reproductiva para el año 2030. Pese a esto, 830 mujeres mueren cada día debido a complicaciones acontecidas durante el embarazo y posparto, lo que ha suscitado que este fenómeno sea catalogado como una problemática de salud pública y la primera causa de muerte en las mujeres en edad reproductiva.²

Los países pobres o en vía de desarrollo son los que registran una razón de mortalidad materna (RMM) mayor (239 por 100 000 nacidos vivos), que contrasta con la de los países prósperos (12 por 100 000 nacidos vivos). Aproximadamente, el 28 % de las defunciones maternas es ocasionada por afecciones preexistentes principalmente, (la diabetes, el paludismo, la infección por el VIH y la obesidad), hemorragia posparto 27 %, hipertensión gestacional 14 %, infecciones 11 %, parto

obstruido y otras causas directas 9 %, abortos complicados 8 % y embolias 3 %; estas condiciones se encuentran estrechamente vinculadas con la pobreza, falta de información, distancia de los servicios de salud, inadecuada atención, entre otras.¹

La prevención de la mortalidad materna exige un esfuerzo organizado en la cual se impulse la participación de los proveedores en salud, la comunidad y los entes gubernamentales. Por tal razón, es preciso identificar la evidencia existente sobre el aporte dado desde el cuidado de enfermería a la salud materna, ya que es la enfermera quien en su normal desempeño está presente en diversos escenarios de la práctica asistencial³ (programas de control prenatal, parto, planificación familiar y otros) donde puede intervenir y obtener resultados positivos en salud.⁴ Teniendo en cuenta el compromiso histórico que la enfermería ha tenido alrededor del cuidado materno y de los datos epidemiológicos presentados anteriormente, se considera que esta revisión sistemática de la literatura contribuirá a robustecer los conocimientos relacionados con este aspecto, de ahí que su objetivo es determinar la evidencia del aporte proporcionado desde el cuidado de enfermería a la salud materna.

FUENTE DE DATOS

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

Identificación y proyección

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

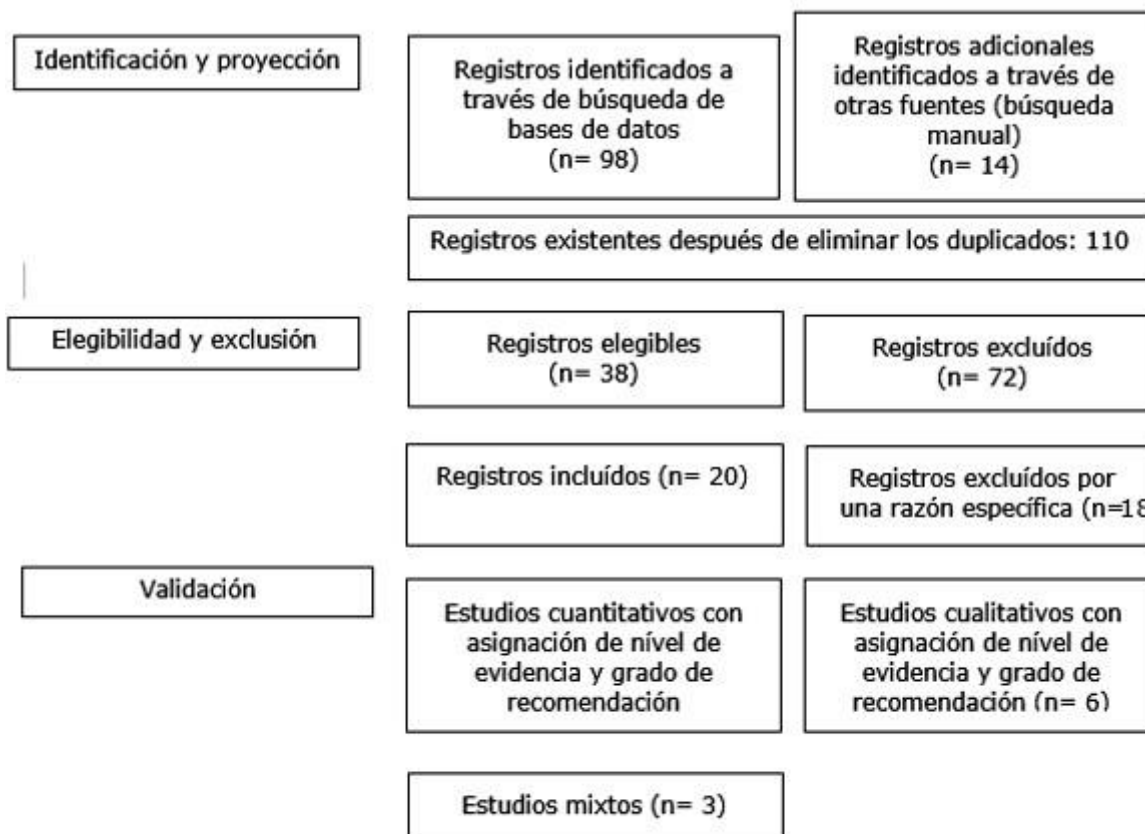


Fig. Diagrama de proceso de la revisión sistemática.

Elegibilidad e inclusión

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

- Artículos originales y resúmenes publicados en los idiomas español, inglés y portugués.
- Los resultados de los estudios debían estar relacionados con el abordaje que hace la enfermería alrededor de la salud, la morbilidad y mortalidad materna.

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

Tabla 1. Caracterización de los estudios incluidos

No.	Autores	Método	Muestra	Recolección Información	País
1	Álvarez-Franco (2013)	Cualitativo	8 mujeres	Entrevista en profundidad	Colombia
2	Atkinson et al. (2014)	Cualitativo	30 enfermeras	Entrevista semi-estructurada	EE. UU.
3	Bloch et al. (2016)	Cuantitativo	595 gestantes	Base de datos	EE. UU.
4	Bogren et al. (2013)*	Mixto	21 grupos	Revisión de políticas, entrevistas y observaciones	Nepal
5	Carvalho (2010)	Cualitativo	16 mujeres	Entrevista semi-estructurada	Brasil
6	Colmenares et al. (2010)	Correlacional	16 enfermeras y 41 adolescentes embarazadas	Encuesta	Venezuela
7	Díaz García et al. (2013)	Descriptivo cuantitativo	6 enfermeras	Encuesta	México
8	Henrique Duarte et al. (2013)	Descriptivo cuantitativo	182 enfermeras	Observación no participante	Brasil
9	Kerr et al. (2014)	Cuantitativo	58 enfermeras y parteras iniciaron, terminaron 50	Encuesta	Nepal
10	Mselle et al. (2013)	Cualitativo	2 grupos focales: (16 pacientes, 5 enfermeras parteras, 6 esposos de las pacientes, 6 miembros de la comunidades)	Entrevista semi-estructurada	Tanzania
11	Moore et al. (2016)	Mixto	394 parteras y enfermeras	Encuesta y grupos focales	Papua Nueva Guinea
12	Narchi (2011)	Descriptivo cuantitativo	59 unidades básicas de salud y 6 hospitales (n=272) enfermeras y/o parteras	Cuestionario	Brasil
13	Salonen et al. (2014)	Correlacional	1 300 mujeres	Encuesta	Finlandia
14	Sakeah et al. (2014)	Cualitativo	41 profesionales de la salud y actores comunitarios	Entrevista en profundidad	Ghana
15	Sharma et al. (2013)	Cualitativo	28 proveedores de servicios de maternidad	Entrevista en profundidad y observaciones no estructuradas	India
16	Shiferaw et al. (2013)	Mixto	909 mujeres (15-49 años). 23 trabajadores comunitarios, voluntarios de salud, parteras, enfermeras, oficiales de salud.	Encuesta, entrevista en profundidad y grupos focales	Etiopía
17	Smith et al. (2014)	Descriptivo cuantitativo	37 equipos de programas nacionales	Encuesta	37 países

18	Souza et al. (2010)	Cuantitativo exploratorio	72 defunciones de gestantes adolescentes	Data base	Brasil
19	Sunghee (2016)	Ensayo clínico	49 enfermeras, 25 grupos experimentales, 24 grupos de control	Evaluación	Korea del Sur
20	Walker et al. (2013)	Ensayo clínico	4 enfermeras obstetras 8 parteras profesionales, asignadas al azar a 12 clínicas en dos estados con elevada mortalidad materna. 15 clínicas fueron sitios de control.	Evaluación y entrevistas	México

Validación

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

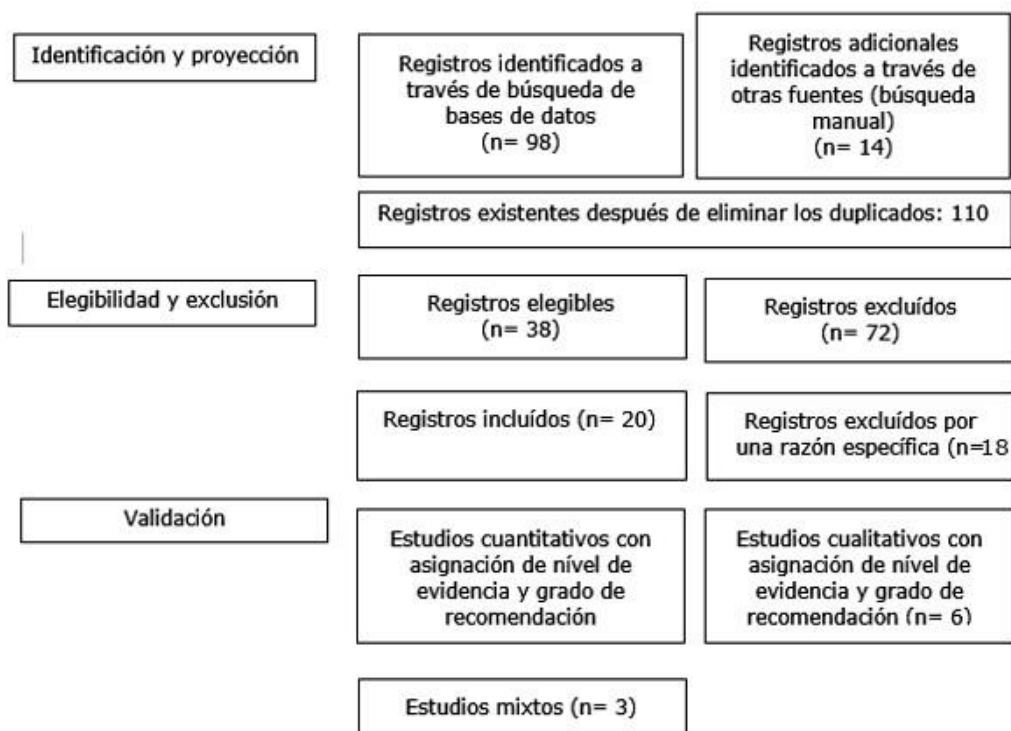


Fig. Diagrama de proceso de la revisión sistemática.

SÍNTESIS DE LOS DATOS

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

El cuidado de enfermería: recuperación y mantenimiento de la salud

Ocho de los estudios determinaron que la atención otorgada por las enfermeras a la madre y al recién nacido durante el parto, parto y posparto reduce las molestias de estos periodos⁷ al satisfacer las necesidades físicas y psicosociales⁸ y generar una sensación de seguridad que contribuye a la recuperación; se agrega a lo descrito el fomento del acompañamiento del padre y la familia en este proceso.⁹ En Etiopia, *Shiferaw* y otros,¹⁰ establecieron en un estudio en el que participaron 909 mujeres, que la atención prenatal por personal calificado puede prevenir hasta el 75 % o más de las muertes maternas. *Souza* y otros,¹¹ analizan las causas de 72 defunciones adolescentes asociadas al embarazo, parto y posparto entre los años 1994 y 2005 y concluyen que el 67 % correspondían a muertes directas y que el cuidado prenatal es una estrategia imprescindible para la preservación de la vida en esta etapa.

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

Formación en enfermería

Con respecto a la formación dada en enfermería, trece de los estudios revisados indican que es esencial robustecer las competencias relacionadas con la atención prenatal,⁸ el parto¹⁴ y las direccionadas al entendimiento de la cultura de la mujer gestante; este último aspecto es fundamental porque un inadecuado abordaje puede acrecentar la tasa de partos no institucionalizados.¹⁰ En este sentido, se insta a que la enfermera propicie la participación social de las personas en su cultura y en toda actividad relacionada con la salud¹⁵ a través del suministro de información y educación de calidad a la familia^{16,17} para con ello generar la construcción de prácticas de autocuidado e individualización de las señales de alarma.¹⁸

La evidencia describe que los programas de enfermería deben modificar los estándares establecidos para la práctica.^{7,18} Un autor encuentra que el 80 % de sus recién graduados manifiestan requerir de algún tipo de supervisión, mientras que el 5,1 % considera que la práctica formativa puede ser más extensa,¹⁹ y es de vital importancia que la enfermera tenga acceso a escenarios reales de aprendizaje⁷ en especial al de la partería,^{14,18,20} puesto que este tipo de entrenamiento incrementa sus conocimientos, habilidades y con ello la posibilidad de vida de las madres.²¹⁻²⁴ Por lo tanto, los programas académicos en enfermería existentes en las regiones más afectadas por esta problemática podrían extender la capacitación en el área de su recurso humano, como respuesta a las necesidades de inasistencia en salud, en especial en el cuidado prenatal.²⁵

Regulación del ejercicio profesional

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

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

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

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

No.	Autores	Eje central del estudio	Niveles de evidencia	Grado de

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

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

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

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

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

COMENTARIOS FINALES

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

Es prioritario realizar estudios enfocados en conocer las motivaciones existentes en el trabajo que desarrollan estas profesionales en dichos servicios, ya que los hallazgos encontrados en diversos estudios^{7,10,24} hacen referencia a la falta de incentivos y a las precarias condiciones laborales que deben sobrellevar. Es apremiante continuar con la identificación de las dificultades presentes en torno a la formación profesional en enfermería, y a la vez establecer planes de manejo que permitan a los futuros graduados realizar su labor con mayor autonomía y reconocimiento.²⁸ Ninguno de los estudios analizados describió la formación en este campo a nivel de pregrado como completa,^{18,28} lo que reafirma la necesidad de generar un entrenamiento especializado en el área¹⁰ para afianzar las competencias clínicas.²¹

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

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

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

Adicional a lo anterior y a través de la búsqueda realizada se observó un vacío en el conocimiento científico en torno a la existencia de instrumentos de clasificación de evidencia para las investigaciones cualitativas, pese a que se resalta su importancia

en la comprensión de diversos fenómenos sociales, son pocas las escalas encontradas en la literatura para tal fin.

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

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

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

Conflicto de intereses

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

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mortalidad materna, nota descriptiva. Ginebra: OMS; 2016. Acceso: 26/12/2016. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>
2. Objetivos de Desarrollo Sostenible del Milenio 2015. Objetivo 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades. Ginebra: OMS; 2015. Acceso: 26/12/2016. Disponible en: <http://www.who.int/topics/sustainabledevelopment-goals/targets/es/>
3. Ceballos Vásquez PA. Desde los ámbitos de enfermería, analizando el cuidado humanizado. Cienc Enfermer. 2010;16(1):31-5. <http://dx.doi.org/10.4067/S071795532010000100004>
4. Gallardo AI. Evolution of nursing knowledge. Medwave. 2011(04):e5001. doi: 10.5867/medwave.2011.04.5001
5. Levels of Evidence. Oxford: Centre for Evidence-Based Medicine (OCEBM); 2011. Access: 2016/12/26. Available at: <http://www.cebm.net/oxford-centre-evidencebased-medicine-levels-evidence-march-2009/>

6. Gálvez Toro A. Enfermería Basada en la Evidencia. Cómo incorporar la investigación a la práctica de los cuidados. Granada: Fundación Index; 2007.
7. Díaz García S, Zavala Suárez E, Ramírez Hernández C. Evaluación de las competencias en enfermería como reflejo de calidad y seguridad en la mujer embarazada. Rev CONAMED. 2015;18(3):104-10.
8. Henrique Duarte SJ, Villela Mamede M. Actions performed by the nursing team in prenatal care at primary health care setting, Cuiabá, Brazil. Cienc Enfermer. 2013;19(1):117-129. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532013000100011>
9. Álvarez-Franco C. Cómo describen el cuidado de enfermería las mujeres que presentaron hemorragia postparto. Aquichan. 2013;13(1):17-26.
10. Shiferaw S, Spigt M, Godefrooij M, Melkamu Y, Tekie M. Why do women prefer home births in Ethiopia? BMC Pregnan Childbirth. 2013;13:5. <http://doi:10.1186/1471-2393-13-5>
11. Souza ML, Burgardt D, Peregrino Ferreira L A, Camargo Bub MB, Monticelli M, Lentz HE. Girls from Santa Catarina: losing your life to become a mother. Rev Esc Enferm USP, 2010;44(2):317-22.
12. Colmenares Z, Montero L, Reina R, González Z. Intervención de enfermería durante la clínica prenatal y conocimiento sobre riesgos fisiológicos de la adolescente embarazada. Enferm Global. 2010;18:1-10. Acceso: 06/02/2017. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n18/clinica4.pdf>
13. Bloch JR, Zupan S, McKeever AE, Barkin JL. Perinatal nurse home visiting referral patterns among women with diabetes and hypertension in Philadelphia. J Obstet Gynecol Neonatal Nur . 2016;46(1),29-39.
14. Narchi NZ. Exercise of essential competencies for midwifery care by nurses in São Paulo, Brazil. Midwifery. 2011;27(1):23-9.
15. Atkinson LD, Peden-McAlpine C. Advancing Adolescent Maternal Development: A Grounded Theory. J Pediatric Nur. 2014;29(2):168-76.
16. Salonen AH, Oommen H, Kaunonen M. Primiparous and multiparous mothers' perceptions of social support from nursing professionals in postnatal wards. Midwifery. 2014;30(4):476-485. <http://doi:10.1016/j.midw.2013.05.010>
17. Carvalheira APP, Tonete Vera LP, Parada CMGL. Feelings and Perceptions of Women in the Pregnancy-Puerperal Cycle Who Survived Severe Maternal Morbidity. Rev Latino-Am Enfermagem. 2010;18(6):1187-94.
18. Sharma B, Johansson E, Prakasamma M, Mavalankar D, Christensson K. Midwifery scope of practice among staff nurses: A grounded theory study in Gujarat, India. Midwifery. 2013;29(6):628-36.
19. Moores A, Puawe P, Buasi N, West F, Samor MK, Joseph N, et al. Education, employment and practice: Midwifery graduates in Papua New Guinea. Midwifery. 2016;41,22-9.

20. Narchi NZ, Cruz EF, Gonçalves R. The role of midwives and nurse-midwives in promoting safe motherhood in Brazil. *Ciência Saúde Coletiv.* 2013;18(4):1059-68.
21. Sunghee K, Gisoo S. Effects of nursing process-based simulation for maternal child emergency nursing care on knowledge, attitude, and skills in clinical nurses. *Nur Educat Today.* 2016;37:59-65. <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2015.11.016>
22. Kerr NL, Hauswald M, Tamrakar SR, Wachter DA, Baty GM. An inexpensive device to treat postpartum hemorrhage: a preliminary proof of concept study of health provider opinion and training in Nepal. *BMC Pregnan Childbirth.* 2014;14:81. <http://doi.org/10.1186/1471-2393-14-81>
23. Bogren MU, Van Teijlingen E, Berg M , 2013. Where midwives are not yet recognised: a feasibility study of professional midwives in Nepal. *Midwifery.* 2013;29(10):1103-9.
24. Mselle LT, Moland KM, Mvungi A, Evjen-Olsen B, Kohi TW. Why give birth in health facility? users and providers accounts of poor quality of birth care in Tanzania. *BMC Health Ser Res.* 2013;13(1):174.25.
25. Sakeah E, McCloskey L, Bernstein J, Yeboah-Antwi K, Mills S, Doctor H V. Can community health officer-midwives effectively integrate skilled birth attendance in the community-based health planning and services program in rural Ghana? *Reproduct Health.* 2014;11,90. <http://doi.org/10.1186/1742-4755-11-90>
26. Walker D , DeMaría L, Gonzalez-Hernandez D, Padron-Salas A, Romero-Alvarez M, Suarez L . Are all skilled birth attendants created equal? A cluster randomised controlled study of non-physician based obstetric care in primary health care clinics in Mexico. *Midwifery.* 2013;29(10):1199-205.
27. Smith JM, Currie S, Cannon T, Armbruster D, Perri J. Are national policies and programs for prevention and management of postpartum hemorrhage and preeclampsia adequate? A key informant survey in 37 countries. *Global Health Sci Pract.* 2014;2(3):275-84. <http://doi.org/10.9745/GHSP-D-14-00034>
28. Adegoke AA, Mani S, Abubakar A, Van den Broek N. Capacity building of skilled birth attendants: A review of pre-service education curricula. *Midwifery,* 2013;29(7):64-72.
29. Martínez Trujillo N. enfermería en la cobertura universal en salud: nuevos términos, viejas acciones. *Rev Cubana de Salud Pública.* 2015;41(supl):69-79.

Recibido: 10/11/2017

Aceptado: 25/11/2017

Mildred Guarnizo-Tole. Universidad de Zaragoza. España. Correo electrónico: gtmildred@gmail.com